



MOTA, Joaquin

TRATADO PRACTICO
DE PARTOS
QUE COMPRENDE
LAS NOCIONES MAS PRECISAS
SOBRE
LOS ACCIDENTES Y OBSTACULOS
QUE PRESENTAN
Y EL REGLAMENTO DE QUE HABLA
LA LEY DE 2 DE MARZO
DE 1852.
APROBADO POR EL SUPREMO GOBIERNO
DEL ESTADO
Y POR LA FACULTAD MÉDICA.
PARA USO DE LAS MATRONAS



MORELIA.
IMPRENTA DE O. ORTIZ, PLAZUELA DE LAS ÁNIMAS N. 2.
1857.

FACULTAD MEDICA
DE
MICHOACAN.

NÚM. 11.

Cumpliendo con lo dispuesto en los artículos 2º, 3º y 4º de la ley de 2 de Marzo de 1852, revisó esta Facultad todos los tratados de Obstetricia ecsistentes, así nacionales como extrangeros, y no habiendo encontrado uno capaz de designarse para que sirviera de testo á las parteras del Estado, se espidió en el periódico oficial la convocatoria correspondiente, para que los profesores que quisieran presentar alguno, lo hicieran en los términos señalados en dicha ley.

Solamente el Sr. profesor D. Joaquin Mota correspondió á la invitacion hecha, y en 19 de Enero del corriente año envió á la Facultad el tratado que con anticipacion tenia formado, el cual ha sido escrupulosamente revisado por cada uno de los miembros que componen la Corporacion, y encontrándolo bastante bueno y acomodado á las circunstancias requeridas, ha sido aprobado por la Facultad en sesion de hoy, y se dispuso en consecuencia, remitirlo á ese Supremo Gobierno, manifestándole la mucha necesidad que hay de la publicacion de una obra de esta clase, especialmente ahora que se está desarrollando el espíritu de estudio en las mugeres que se quieren consagrar á tan intere-

sante cuanto difícil ramo. Acordó igualmente hacer presente al S. Gobierno que el espresado profesor, al prestar el importante servicio de que se trata, se ha hecho acredor á la recompensa demarcada en la precitada ley en su artículo 4 °

Tengo el honor de reiterar á V. S. mi consideracion y aprecio.

Dios y libertad. Morelia, Marzo 4 de 1853.

José M. Cervantes
Presidente.

Antonio P. Mota
Secretario.

Sr. Srio. del Supremo Gobierno.

Secretaría del Gobierno de Michoacan.—A la comunicacion anterior recayó el acuerdo siguiente:

"Morelia, Julio 1 ° de 1853.–Descanzando este Gobierno en la opinion de la Facultad Médica del Estado aprueba para su publicacion el tratado de Obstetricia formado por el profesor D. Joaquin Mota, á quien se darán las gracias por haber consagrado sus conocimientos á la formacion de un libro cuyo objeto es tan útil á la humanidad.—Acúsese recibo y publíquese la obra en el folletin del periódico, mandándose hacer en Méjico la lámina que le acompaña, por la escases de fondos en que se haya el Estado, razon por la que tampoco puede darse al profesor el premio de trescientos pesos de que habla la ley de 2 de Marzo de 52 y á que el Gobierno lo juzga muy acredor.—Dígase todo esto en contestacioná la Facultad Médica.—Y comuníquese todo al Ministerio de Instruccion Pública para que el Exmo. Sr. Presidente se sirva disponer lo que á bien tenga para el pago del premio: de ello se dará tambien conocimiento á la Facultad Médica."

Es copia que certifico. Morelia Julio 11 de 1857.—*Pascual Ortiz*

AL LECTOR.

Llama ya la atencion que el delicado cuanto necesario arte de los partos, y por estension la medicacion de las enfermedades todas de las mugeres, haya podido permanecer en esta capital bajo el dominio de ignorantes imbuidas en las mas crasas preocupaciones. Esta consideracion me decidió, cuando mi radicacion en el lugar de mi nacimiento, á dar lecciones del ramo á señoras de buen trato y educacion, y venciendo dificultades de las que no fué la menor que se tuviera esta comprometida profesion por tan de baja esfera, como lo han sido las que la han ejercido, conseguí al fin en 848 que las recibieran cuatro señoras, mas como no hay tratados ad hoc ó á lo menos algunos que he visto, no reunen las circunstancias que yo deseaba, me fué preciso escribir aquellas lecciones. Hé aquí el orígen del presente tratado.

Me propuse dar á conocer de los órganos y sus funciones, del desarrollo del producto de la concepcion y de los fenómenos del parto, lo necesario para prestar con eficacia los auxilios necesarios en el parto ordinario, y prever an-

tes que páse inutilmente el tiempo, la gravedad del contranatural. Mi trabajo ha consistido en realisar el método del tratado que me ha parecido mejor para el aprendisaje, en entresacar de las teorías la práctica, en simplificar la doctrina y evitar en lo posible el tecnisismo para no hacer caer en la pedantería, y acomodarse á la educacion literaria actual de nuestras mugeres.

A las que se dediquen al ramo, no les exijo mas que una escrupulosa conciencia y un grande interes por su reputacion futura: una reserva nunca desmentida, tal vez hasta con los padres de una hija desgraciada, en los asuntos de honor que se les confien; el recuerdo constante de que la ciencia está en conocer todas las circunstancias del caso para que se implora su saber, y no en aplicar muchos remedios al acaso, con que descenderian á curanderas: á remitir, desde que no se sientan suficientes para dominar un accidente, al que sabe todos los medios de que se puede disponer: el que conjuren la manía de pronosticarlo todo, sin datos suficientes, porque nada compromete tanto como esto la dignidad de la profesion, principalmente en materia de partos en que pronto aparece ante todos la realidad sin disimulo: y por último, el que no adopten, ni menos disputen sobre opiniones que no esten consignadas en este tratado, y que son las de los grandes maestros del arte.

Bisoño en esta clase de trabajos acepto las discusiones que rectifiquen mi juicio y desprecio las que injurien: me tomaré de la mano que me enderece y huiré de la que me hiera.

MEDIDAS.

Como hay necesidad de tener las dimensiones de los objetos que aquí se estudian, y es para el práctico un deber, que uno de sus utensilios sea una regla dividida, es preciso antes de entrar en materia, fijar este importante punto.

Como no hay un padron fijo á que atenerse, respecto de la vara mejicana, el primer pensamiento fué adoptar las medidas francesas, que ofrecen incontestables ventajas sobre cualquiera otra; pero por temor de una inovacion tan radical, se han adoptado aquellas medidas tomadas del padron que existe en la oficina del M. I. ayuntamiento de esta capiial, señalando las otras abrasadas por paréntisis, y confesando la preferencia que se tiene por estas diremos:

La vara se divide en 3 pies ó tercias, en 36 pulgadas y en 432 líneas; ó en 4 cuartas, en 48 dedos y en 480 decimos. Por consiguiente el pié tiene 12 pulgadas la pulgada 12 líneas: la cuarta 12 dedos, el dedo 10 decimos.

El metro se divide en 10 decímetros, en 100 centímetros y en 1,000 milímetros.

Damos en seguida una tabla comparativa de una y otra clase de medidas, cuya representacion se ve en las figuras 1.ª y 2.ª

Una vara mejicana tiene......	736	milímetros
Un pié..........................	279	”
Una pulgada.................	$23\frac{1}{4}$	”
Una línea....................	$1\frac{7}{8}$	”
Una cuarta....................	184	”
Un dedo........................	$17\frac{1}{2}$	”
Un décimo.....................	$1\frac{3}{4}$	”

Un metro tiene 1 vara	4 pulgadas....		$3\frac{3}{4}$	líneas
Un décimetro........	4	”	4	”
Un centímetro......................			$5\frac{1}{4}$	”
Un milímetro poco mas de...........			$\frac{1}{2}$	”

TRATADO PRACTICO

DE

OBSTETRICIA.



INTRODUCCION.

BSTETRICIA ó TOCOLOGÍA, (tratado del parto) es aquel ramo de la Medicina que se ocupa de todo lo concerniente al parto en la especie humana.

Parto, es una funcion animal por la cual es espulsado un *feto* vivible fuera de las partes de la generacion. Se hacen varias divisiones de este acto; las importantes serán espuestas oportúnamente.

Antes es preciso en una primera parte dar á conocer estas partes de la generacion, los principales cambios

que sobrevienen á la muger mientras se forma y crece en su vientre el producto de la concepcion, asi como esta formacion y este crecimiento, los signos propios del embarazo, y en un apéndice algunas indisposiciones peculiares de las embarazadas. Con estos conocimientos preliminares ya podemos tratar en la segunda parte de los fenómenos que presenta el parto, de los cuidados que reclama y de los accidentes y obstáculos que suele encontrar.





PARTE PRIMERA.

SECCION PRIMERA.

Organos de la muger que concurren al parto.

Unos están destinados á contener y espulsar el producto de la concepcion, y los otros forman el canal que le dá paso. Comenzarémos por los últimos.

ARTÍCULO PRIMERO.

De la Pelvis.

La parte del esqueleto que forma el canal que en el parto recorre el producto de la concepcion, se llama *Pelvis*. Es una especie de canal curvo huesoso y ligamentoso, de figura conoidea, aplastado de delante para atras, cuya base mira hácia arriba y adelante estando el vértice dirigido para abajo: está situado casi en la parte media del esqueleto. Tiene poca altura por delante.

Superficie esterior.—Al frente se observa: enmedio la marca anterior de la union mútua de los dos huesos de las caderas, que se llama *sínfisis puviana*, que vé para abajo y adelante: á cada lado de ésta una superficie lisa que se llama *puvis ó empeine*, sobre las que están las *espinas puvianas*, afuera un agujero triangular, llamado *subpuviano*, obstruido por una membrana resistente, menos en la parte superior donde queda un pequeño canal para el paso de nervios y vasos: la parte inferior del agujero está formado por el *brazo isquio-puviano*: mas afuera está una cavidad que recibe la cabeza del hueso del muslo, arriba de la cual está por la parte de adentro la *eminencia ilio-pectinea*, y por la de afuera la *espina iliaca ántero inferior* un borde vertical, la *espina iliaca ántero-superior*, y la *cresta iliaca*, que es un borde convecso para arriba y contorneado en S: abajo de la cavidad está la gruesa *tuberosidad sciática*. Por detras se observa: afuera la *espina sciática*, los *ligamentos sacro-sciáticos*, y dos agujeros que contribuyen á formar, atravesados por nervios y vasos: arriba de estas partes una superficie cóncava, llamada *fosa iliaca esterna*, en la que se atan los estremos superiores de los músculos de la nalga (1): dentro, en donde termina por detras la *cresta iliaca*, descrita antes, las *espinas iliacas*, *postero-superior* y *postero-inferior:* sigue la señal posterior de la union del hueso sacro con el de la cadera del lado correspondiente que se llama *sínfisis sacro-iliaca*: una fila de pequeñas eminencias, arriba de las cuales están dos hundimientos en que se implantan los ligamentos *sacro-iliacos posteriores*: mas adentro una superficie acanalada, en cuyo fondo hay cuatro agujeros: por último, enmedio se miran tres ó cuatro eminencias menos salientes á proporcion que son mas inferiores, que forman el fin de la larga cresta que comienza en la nuca, sigue por detras hasta allí y que se llama vulgarmente *espinazo*, abajo está la terminacion del canal que atraviesa de arriba para abajo al hueso sacro: á sus lados

(1) *Músculos* son unas partes del cuerpo compuestas en su mayor parte de lo que vulgarmente se llama *carne*, los cuales se contraen para producir un movimiento ó un esfuerzo.

se ven los *cuernos del sacro*, abajo la señal posterior de la union de este hueso con el coccis llamada *sínfisis sacro-coccigea*, los *cuernos del coccis*, la cara posterior y la punta de esto hueso.

Superficie interior.—Estudiarémos succesivamente la *gran pelvis*, el *estrecho superior*, la *pequeña pelvis* y el *estrecho inferior*.

Primero. La gran pelvis es la parte que queda sobre el borde que forma el estrecho superior. Es una cavidad incompleta que no tiene pared anterior huesosa, sino que la forman partes blandas: las laterales son dos escavaciones triangulares denominadas *fosas iliacas internas*, cada una está llena con un músculo, y la posterior está formada por el cuerpo de las últimas piezas del *espinazo* en la parte media, y á los lados por dos superficies acanaladas ocupadas por otros tantos músculos que descienden, avanzan para adelante y se abren al mismo tiempo, de modo de venir á unirse con la parte anterior de los de las fosas iliacas internas.

Segundo. El estrecho superior es un borde que se observa abajo de la gran pelvis. Tiene en la muger la figura de un triángulo curbilíneo de ángulos redondeados, cuya base es posterior: está formado de delante para atras, por todo el borde superior de los puvis, por las eminencias ilio-pectineas, por los bordes que limitan inferiormente las fosas iliacas internas, por los bordes que forman anteriormente las partes superiores de los lados del sacro, que constituyen sus *aletas*, y por una gruesa eminencia compuesta por el cuerpo de la última pieza del *espinazo* y la parte superior del hueso sacro, y llamada *ángulo sacro-vertebral ó promontorio de los parteros*.

Es de la mas alta importancia precisar la inclinacion natural de su *plano* y de su *eje* así como la estension de sus *diámetros*; pues una variacion notable respecto de lo natural en estas consideraciones es un obstáculo para el parto, ó motivo de accidentes mas ó ménos graves. El *plano* del estrecho superior, es decir, la superficie que toca los puntos de su contorno, está dirijido oblicuamente para arriba y adelante: el grado de oblicuidad ha tenido varias opiniones; pero hoy se ad-

mite que el ángulo que forma con una línea horizontal, (la cual tirada del borde superior del puvis para atrás pasa poco mas ó ménos entre la 1ª y la 2ª pieza del coccis) es de 55 á 60 grados estando parada la muger (1) (Naegele). El *eje*, es decir la línea que pasa perpendicularmente por el centro del plano tiene con una línea vertical la misma inclinacion que la del plano con la horizontal y es una línea que comienza en el ombligo y termina entre la 2ª y la 3ª pieza del coccis. Las diversas actitudes de la muger hacen cambiar la inclinacion del estrecho. Los diámetros, es decir, las líneas que dividen en dos partes iguales una circunferencia, que mas importa medir del estrecho superior son el *ántero-posterior ó sacro-puviano* que va de la parte superior de la sínfisis puviana, al promontorio tiene 4 pulgadas 9 líneas á 5 pulgadas (11 á 11½ centímetros), el *trasverso ó bis-iliaco*, que va del medio del borde inferior de una fosa iliaca interna al mismo punto del de la otra, tiene 5 pulgadas 10 líneas (13½ centímetros), el *oblicuo izquierdo* que parte de la eminencia ilio pectínea izquierda para la parte superior de la sínfisis sacro-iliaca derecha, y el *oblicuo derecho* que está entre la eminencia ilio-pectinea derecha y la sínfisis sacro-iliaca izquierda tiene cada uno 5 pulgadas 2½ líneas (12 centímetros). La circunferencia del estrecho superior tiene de 14 pulgadas 9 líneas á 18 pulgadas y media (34 á 43 centímetros) de estension.

Tercero. La pequeña pelvis ó la *escavacion pelviana* es una especie de anillo angosto por delante y mas y mas alto por los lados y por detras, teniendo 1 pulgada 9 líneas en la sínfisis (4 centímetros), 4 pulgadas 9 líneas por detras en línea recta (11 centímetros) y 5 pulgadas 10 líneas (13 y ½) siguiendo la curba que ofrece. Comienza en el estrecho superior y termina en el inferior: es mas ancho trasversalmente que de delante para atrás en su porcion superior, en la inferior sucede lo contrario. Ofrece: en la parte anterior la señal posterior de la sínfisis puviana sobresaliendo enmedio longitudinalmente, una superficie plana, los agujeros sub-puvianos con su

(1) Recordarémos que el cuadrante está dividido en 90 grados.

membrana y canal superior, y los brazos isquio-puvianos: por cada lado dos partes muy distintas, una huesosa hácia abajo y adelante, en cuya parte posterior se vé la espina sciática, y en la inferior la tuberosidad sciática, y la otra ligamentosa hácia arriba y atras, formada por las caras interiores de los ligamentos sacro-sciáticos, en donde se ven los dos agujeros ya descritos: por detras, una superficie plana superiormente y cóncava de arriba para abajo inferiormente que mira para abajo, está formada por las caras anteriores del sacro y del coccis, y presenta á lo largo de su parte media cuatro líneas trasversales y salientes, indicando las soldaduras de las piezas que componen el sacro en la infancia, la señal anterior de la sínfisis, sacro-coccigea, tres ó cuatro líneas trasversales entrantes sobre el coccis, y su punta: al lado de estas partes cuatro agujeros que comunican con el canal del sacro y con los posteriores correspondientes y están atravesados por nervios: afuera de ellos una superficie desigual para la insercion de un músculo, un plano inclinado para adentro y abajo y la señal anterior de la sínfisis sacro-iliaca.

Varios planos tiene la cavidad que describimos, tocándose por la parte anterior (figura 3ª): se conciben las direcciones de los ejes de cada uno, cuyas porciones que se tocan forman el general de la pequeña pelvis, es decir, una línea recta superior unida á una curba inferior de concavidad anterior. Los principales diámetros de la parte media de la escavacion son el ántero-posterior de 5 pulgadas $2\frac{1}{2}$ líneas á 5 pulgadas 8 líneas (12 á 13 centímetros), el trasversal, el oblicuo izquierdo y el derecho de 5 pulgadas $2\frac{1}{2}$ líneas cada uno (12 centímetros.)

Cuarto. El estrecho inferior ó *perineal*, es el borde con que termina inferiormente la pelvis: es de figura ovalada interrumpida atras por la salida que hace el coccis, la cual se borra en el parto, porque se endereza este hueso. Está formado por la parte inferior de la sínfisis puviana, los brazos isquio-puvianos, volteados para afuera en la muger, las tuberosidades sciáticas, sobresaliendo muy abajo del plano del estrecho, el borde inferior de los *grandes* ligamentos sacro-sciáticos y

la punta del coccis. La grande escotadura que se observa por delante, formada por los brazos isquo-puvianos, ha recibido el nombre de *arco puviano*, es una especie de puente de 4 á 4½ pulgadas (9 á 9½ centím.) de ancho en la base, de 1½ á 2 (3½ à 4 centím.), en el vértice y de 2½ (5½) de altura poco mas ó menos.

El plano del estrecho inferior, estando recto el coccis mira para abajo y un poco para adelante, formando con la horizontal un ángulo como de 11 grados. El eje (que es una línea que descendiendo de la parte superior del sacro pasa perpendicularmente por el medio del espacio bis-ciático), ofrece con el del cuerpo la misma inclinacion que el plano con la horizontal, y corta en la escavacion el del estrecho superior, bajo un ángulo obtuso de seno anterior. Los diámetros importantes son el ántero-posterior ó *cocci-puviano*, que mide la distancia de la punta del coccis á la parte inferior de la sínfisis puviana, el trasverso ó *bis-ciático*, que va de una tuberosidad sciática á la otra y los oblicuos izquierdo y derecho que comienzan en el medio del borde inferior del brazo isquio-puviano respectivo, y terminan en el medio del borde inferior del gran ligamento sacro-sciático del otro lado: el primero, estando recto el coccis, tiene 5 pulgadas 2½ líneas (12 centím.) y los demas 4 pulgadas 9 líneas (11 centím.), aumentando los oblicuos media pulgada (1 centím.) por que en el parto cede la elasticidad de los ligamentos á la presion del feto.

Composicion.—La pelvis está formada adelante y á los lados por dos huesos que se llaman *iliacos, coxales ó de las caderas*, atrás por las últimas piezas del *espinazo*, el *sacro* y el *coccis*, y ademas por los varios medios que unen estos huesos.

Los iliacos son dos huesos encorbados en dos sentidos, estrechos en su parte media y unidos entre sí en su estremidad ántero-inferior que es una superficie lisa y ovalar y con el sacro posteriormente, en una superficie de figura de media-luna. El sacro, que está engastado como cuña entre la parte postorior de los huesos iliacos, es triangular de base superior, y de vértice encorbado para adelante: se une á los iliacos por

una superficie semi-lunar, que hay en la parte superior de sus lados: á la última pieza del espinazo por una superficie ovalar que se vé inclinada para atrás en el medio de su base, y con el coccis por una carita ovalar del vértice, dirigida para atrás. Se llama coccis á la reunion de tres ó cuatro piezas huesosas, colocadas unas sobre otras; es triangular y está debajo del sacro, cuya curba prolonga, tocándolo por una superficie ovalar.

Las coyunturas (articulaciones) de la pelvis, que pertenecen á la clase de *sínfisis* y aun de *artrodias*, segun algunos anatómicos, consisten en las dos superficies de cada hueso respectivo, aproximadas una á otra, revestidas de un *cartílago* liso (1) entre las que está interpuesta una *bolsa sinovial* (2) que al fin de la preñez contiene bastante líquido, y rodeadas de ligamentos (3) especiales á cada coyuntura.

En la sínfisis puviana, son convecsos los cartílagos que revisten las superficies ovalares del puvis, lo que hace que solamente se toquen por detràs, quedando por arriba, por delante y por abajo una hendidura ocupada por el ligamento *inter-puviano*, que está compuesto de fibras entrelazadas, que pasando de una espina puviana á la otra y de uno á otro lado de la parte anterior de la sínfisis y superior del arco puviano, forman lo que se ha llamado ligamento *puviano superior, puviano anterior y puviano inferior ó sub-puviano.*

En las sínfisis sacro-iliacas, son delgados los cartílagos, que revisten las caras semi-lunares que hemos hecho notar en los huesos sacro é iliacos, principalmente los de éstos, y su forma se acomoda perfectamente á las desigualdades de las superficies huesosas. Los li.

(1) Bajo el nombre de *cartílago* se conoce un tegido un poco mas blando que el del hueso, blanco, medio trasparente y formando una capa mas ó ménos gruesa y fàcil de separarse sobre la parte de los huesos que forman una coyuntura.

(2) *Bolsas sinoviales*, son unos sacos blancos, lisos por dentro, llenos de un humor claro y espeso que humedece la superficie de los huesos de una coyuntura en que se verifican estensos movimientos para facilitarlos.

(3) *Ligamentos*, son unos cordones ó láminas blancos ó amarillos, elásticos ó nó, formados de fibras dispuestas de varias maneras, y sirviendo para unir los huesos entre sí.

gamentos que la afirman son: el *gran ligamento sacro-sciático*, ó *posterior* que es ancho, triangular, mas estreho en el medio que en sus estremos, nace del largo borde que hay desde la espina postero-superior hasta la extremidad del coccis, por fibras que se cruzan á la mitad de su camino, y ensanchándose de nuevo, termina en el borde interno de la tuberosidad sciática: el *pequeño ligamento sacro-sciático ó anterior*, que mas pequeño y de la misma forma que el grande, y situado delante de él, nace de la parte anterior de los bordes cortantes del sacro y del coccis, y acercándose sus fibras termina en la punta de la espina sciática: y los ligamentos *sacro-iliacos posteriores* que son unos cordones, situados oblicuamente en la parte posterior de la coyuntura, implantándose uno de sus estremos en el hueso iliaco y el otro en los tubérculos del sacro; solamente uno, que sin motivo se habia considerado aparte bajo el nombre de *sacro-espinoso*, es vertical, partiéndo de la espina iliaca postero-superior, para terminarse enfrente del tercer agujero posterior del sacro.

En la sínfisis sacro-coccigea algunas fibras cruzan de arriba para abajo la coyuntura en su parte anterior y en su posterior bajo el nombre de ligamento *sacro-coccigeo anterior y sacro-coccigeo posterior*.

La pelvis se une con la columna espinal, por todos los medios de union de la última pieza del espinazo con el sacro, que siendo los mismos de las piezas de la columna entre sí, importan poco á nuestro objeto: por el ligamento *ilio-lombar*, que es un cordon que nace en la eminencia tresversal de la última pieza del espinazo y termina en la parte mas gruesa de la cresta iliaca: y por el ligamento *ilio-vertebral*, que parte del cuerpo de la misma pieza en dos manojos y termina en el hueso iliaco.

Los movimientos de las coyunturas de la pelvis son bastante estensos durante la preñez.

Pelvis revestida de las partes blandas.—Hasta aquí hemos estudiado la pelvis en esqueleto: en la muger viva hay que tener presente las partes blandas que la cubren ó encierra. En el borde superior de las crestas iliacas, y anterior del estrecho superior están colocados

los músculos anchos que forman las paredes del vientre, cuyas contracciones concurren á la espulsion del feto: los músculos que vienen de los lados del promontorio á unirse á la parte anterior de los de las fosas iliacas internas ya mencionados, le dan al estrecho superior la misma figura de triángulo curbilíneo; pero se hace anterior la base, y ademas, acortan en 8 líneas ($1\frac{1}{2}$ cent.) su diámetro trasversal: en la parte posterior de la escavacion, inclinado al lado izquierdo, existe el *intestino recto*, y detrás del puvis la vegiga de la orina y los tegidos que unen estas partes; lo cual hace que se acorten los diámetros antero-posteriores de la escavacion: por último, el estrecho inferior está cerrado por una especie de tabique llamado *perinéo*, del cual tenemos que hablar despues.

Usos.—Siendo la pelvis la base del tronco, soporta el peso del cuerpo, para lo cual, segun Desormeaux, se puede considerar como un anillo descompuesto en dos arcos uno postero-superior, recibiendo el peso, y el otro antero-inferior, sirviéndole de puntal, sostenido por los miembros inferiores: proteje tambien la vegiga, el intestino recto, y los órganos genitales internos, contra los agentes esteriores de destruccion: y en la preñez, sostiene al útero lleno con el producto de la concepcion: y en el parto dá paso al feto.

ARTÍCULO SEGUNDO.

De las partes de la generacion.

Procediendo del esterior para el interior describirémos: el *Monte de Venus*, la *Vulva*, el *Perinéo*, la *Vagina*, el *Utero*, las *Trompas uterinas* y los *Ovarios*.

§ I.

Monte de Venus.—Empeine.

Es una eminencia redondeada, mas ó ménos saliente, segun la gordura del individuo, situado delante del puvis y sobre la Vulva, formada por los huesos, la groza que los cubre y la piel bastante gruesa en esta parte, elástica y cubierta de pelo en la muger adulta.

§ II.

Vulva.—Pudendum.

Esta es una hendidura casi horizontal (1) dirigida de delante para atrás, situada en la línea media, abajo del tronco, limitada adelante por el empeine, atrás por el Perinéo y á los lados por los muslos (figura 4ª). Presenta:

Primero.—Los *grandes lábios,* que son dos repliegues cutáneos, mas gruesos por delante que por detràs, que parten del Monte de Venus para atrás, separándose gradualmente uno de otro, para volverse á unir en su terminacion donde forman la *horquilla:* por fuera están formados por piel cubierta de pelo en la puvertad, y por dentro por una membrana *mucosa* (2) de color rosado, húmeda y lisa.

Segundo.—Los *pequeños lábios ó ninfas*, bajo la forma de dos hojitas parecidas á la cresta de un pollo; nacen de la parte media del interior de los grandes lábios, se dirigen para adelante acercándose, hasta el *clítoris*, donde se bifurca cada uno, atándose el brazo posterior á dicho clítoris, y contorneándolo el anterior para unirse hácia adelante con el del otro lado. Se forma en ellos una materia cebacea irritante y de un olor fuerte. En nuestras indígenas, sobresalen por delante los pequeños lábios á los grandes y son de color moreno oscuro.

Tercero.—El *Clítoris*, que es un pequeño tubérculo, situado á media pulgada (1 centím.) atrás de la comisura anterior de los grandes lábios: está dirigido para adelante y tiene en pequeño la forma del miembro viril: nace de los brazos isquio-puvianos por dos rai-

(1) En algunas mugeres, estando ménos inclinada la pelvis que de ordinario, es mas vertical la vulva, y ha sucedido que el parto se haya verificado haciendo el feto un agujero en el perinéo.

(2) *Membranas mucosas* se llaman las cubiertas mas interiores de los órganos huecos, de color rosado por lo comun, sensibles y humedecidas por un humor espeso y claro que ellas mismas forman.

ces que se dirigen para adelante y adentro hasta unirse al nivel de la sínfisis puviana: la viforcacion de los pequeños lábios le forman una especie de capuchon que ha recibido el nombre de *prepucio del clítoris.* De la sínfisis puviana parte su *ligamento suspensorio.* Es capaz de ereccion: es muy largo en algunas mugeres, dícese haberse dado ejemplares hasta de 5 pulgadas 8 líneas (13 centím.)

Cuarto.—Un pequeño espacio triangular limitado adelante por el clítoris, atrás por el *meato urinario* y á los lados por las ninfas, que se llama *Vestíbulo.*

Quinto.—Una abertura redondeada, situada detrás del vestíbulo á una pulgada (2½ centím.) del clítoris, é inmediatamente adelante del *vulvo de la vagina,* que es el *meato urinario.*

Sesto.—La *entrada de la vagina ó abertura vulvo-vaginal* que es un orificio casi circular, de dimencion variable, situado detrás del meato urinario. En las vírgenes, cuando no ha sido destruido por alguna causa, está mas ó ménos cerrado por un tabique en forma de media-luna, que se desprende de su parte posterior, cuyo borde anterior y libre es cóncabo y que se llama *Hymen*: en las no vírgenes, con muy pocas escepciones, está roto el Hymen, viéndose á los lados del orificio de dos á cinco cicatrices en forma de tuberculillos que se denominan *carúnculas, mirtiformes.*

Sétimo.—Por último, un hundimento de 8 líneas (1½ centim.) á lo mas, limitado atrás por la horquilla y adelante por el Hymen, que constituye la *fosa navicular,* y desaparece en las que han parido.

§ III.

Perinéo.

Este es una especie de tabique horizontal en forma de media-luna que se fija en el contorno del estrecho inferior y de parte de la escavacion, abraza la parte posterior de la vulva y está compuesto de la piel y tres tabiques fibrosos, *superior, medio é inferior,* en cuyos intervalos se encuentran vasos, nervios, músculos y otros

órganos. La estension antero-posterior del perinéo es de 3 pulgadas y media, habiendo 2 de la punta del coccis al ano, y de aquí á la horquilla $1\frac{1}{2}$: en el parto se extiende hasta medir 4 pulgadas 4 líneas y hasta 5 pulgadas $2\frac{1}{2}$ líneas (10 hasta 12 centím.), lo cual prolonga la curva posterior de la escavacion y hace variar la direccion del eje del estrecho inferior: el grueso es mucho mayor en los lados que en el medio, en donde es de 1 pulgada 9 líneas (4 centím.) hácia atrás (Blandin).

§ IV.

Vagina.

La vagina es un conducto membranoso, situado en la escavacion pelviana, entre la vegiga de la orina y el intestino recto, y extendiéndose desde la vulva hasta el *útero*: (figura 5ª) es encorbada en la direccion del eje de la escavacion, de modo que la concavidad vé para adelante: se le dá una longitud de 4 pulgadas 9 líneas á 6 pulgadas (11 á 13 centím.), segun las mugeres (en nuestras indígenas me ha parecido notár mayor largo y amplitud); su orificio inferior es mas estrecho que el superior y su parte media es muy ámplia principalmente en las que ya han parido: las paredes son blandas y aplanadas de delante para atrás. La cara esterior de la vagina está en relacion por delante con el fondo bajo de la vegiga de la orina y su canal (uretra), por detrás con el intestino recto, estando superiormente interpuesto un doblez de la membrana que entapiza todos los órganos del vientre (peritonéo): la parte superior de sus lados recibe los *ligamentos anchos*: la cara interior, es rosada y pulida; presenta á lo largo de la parte media de la pared anterior una arruga ó cresta y otra ménos marcada en la posterior que se llaman *columnas de la vagina*; de éstas parten muchas trasversales, mas notables en la entrada de este conducto, formando el *lirio de la vagina,* que casi únicamente se observan en las vírgenes: hay tambien en la pared anterior, inmediatamente detrás del meato urinario, entre las raices del clítoris, una especie de entumecimiento

áspero, compuesto de vasos dilatables, que comunican con los del clítoris, que se llama *vulvo de la vagina:* la *uretra* está íntimamente unida á él: las estremidades de la vagina están cortadas oblicuamente, la superior para abajo y adelante, la inferior para arriba y adelante, de donde resulta que la pared posterior es mas larga que la otra, la Sra. Boivin cree que la diferencia es de dos quintos: la superior abraza el *cuello del útero,* resultando dos recodos, uno *posterior* profundo y uno *anterior* mucho menos; la inferior se continua con la vulva.

La vagina está formada de tegidos muy estensibles, y se sostiene, manteniendo su forma, por los *ligamentos anchos* que hemos dicho; se fijan á los lados de su parte superior.

§ V.

Utero.—Matris.

El Utero ó matris es un órgano hueco, de figura de pera, aplastado de delante para atrás, situado en la parte media del estrecho superior, en la direccion de su eje, de modo que forma con la vagina un ángulo obtuso de seno anterior; de 3 pulgadas á $3\frac{1}{2}$ (7 á 8 centím.) de largo, pulgada y media á pulgada tres cuartos ($3\frac{1}{2}$ á 4 centím.) de ancho en el *fondo*, y en el *cuello* casi 8 líneas ($1\frac{4}{7}$ centím.); sin embargo de que su tamaño varía por muchas causas, así, al aproximarse la menstruacion está aumentado.

Su cara esterior presenta una superficie convecsa para adelante, en relacion con la vegiga urinaria, otra posterior que lo es mas, en relacion con el recto, ó asas de intestinos que se interponen entre ellos, el *fondo del útero,* convecso, mirando para arriba y adelante, cubierto por intestinos, y no sobresaliendo mucho sobre el plano del estrecho, para que pudiera palparse por el vientre, dos bordes laterales que dan insercion á los ligamentos del útero; dos ángulos en la union de los bordes con el fondo, y una estremidad inferior, separada del *cuerpo del útero* por una cintura estrecha que

se llama *cuello del útero*, cuyo estudio es de lo mas necesario.

En la union de su tercio medio con el superior está abrazado por la vagina, que desciende mas por delante que por detrás, de modo que entra en este conducto, y queda sobre la mitad inferior de la escavacion ligeramente dirigido para atrás. En las que no han parido es mas grueso enmedio que en sus estremidades, tiene de 1 á $1\frac{1}{2}$ pulgadas ($2\frac{1}{2}$ á $3\frac{1}{2}$ centím.) de largo y de ancho en su parte media 10 líneas (2 centím.) trasversalmente y 8 ($1\frac{1}{2}$) de delante para atrás: su estremidad inferior que es muy delgada y se llama *hocico de tenca*, presenta una hendidura trasversal que le divide en dos lábios, uno anterior mas grueso y el otro posterior: entre los dos hay un orificio, que cuando consigue el dedo encontrarlo, dá la sensacion que con el mismo dedo produce la punta de la nariz (Dubois): en las que ya han parido es muy variable su longitud, siendo en general tanto mas corto, cuantos mas partos se han verificado: su figura no es ménos variable, se enancha mas el *hocico* que lo demas; ya no es liso sino con mas ó ménos abolladuras que no son otra cosa que cicatrices de las roturas que sufre en el parto, se notan mas en el orificio, el cual se deja penetrar con facilidad por la estremidad del dedo.

La cara interior del útero es lisa, forma una muy pequeña cavidad relativamente al volúmen del órgano, pues no pasa en general del tamaño de una haba: está dividida en dos casillas por un ligero estreñimiento que hay al nivel del esterior notado antes; la superior llamada *cavidad del cuerpo* del útero, que es triangular de base superior, de paredes anterior y posterior contiguas: cada ángulo ofrece un orificio, los dos superiores y laterales, apenas visibles y en forma de embudos, comunican con los canales de las *trompas uterinas*, y el inferior formado por el estreñimiento, establece la comunicacion de esta cavidad con la otra que se llama *cavidad del cuello*, tiene la forma de un huso, aplastada de delante para atrás, ofrece como la vagina rugosidades verticales y trasversales y comunica con ella por el *hocico de tenca*.

El útero se mantiene en su posicion ordinarìa y no se disloca con frecuencia, por los ligamentos *anchos*, *redondos*, *útero-sacros* y otros anteriores tan insignificantes, que no merecen descripcion.

Ligamentos anchos.—La membrana que hemos dicho cubre parte de la cara posterior de la vagina y el intestino recto, envuelve las caras posterior, superior y anterior del útero, y prolongándose para los lados, se encuentra la parte anterior con la posterior y forman un tabique trasversal puesto de canto con el nombre de *ligamentos anchos* (figura 6ª). Se estienden de los bordes del útero y parte superior de la vagina á las fosas iliacas internas; en la cara anterior hay un pequeño repliegue, debajo del cuál camina el ligamento redondo; en la posterior otro que contiene el *Ovario* y su ligamento: estos repliegues se llaman *aletas*; el borde superior es libre y aloja en su dobles la *trompa uterina* respectiva: inferiormente se desdobla el ligamento, para adelante y para atrás para subir y envolver los órganos y paredes del vientre.

Ligamentos redondos.—Nacen del útero un poco abajo y adelante del nacimiento de las *trompas uterinas*, se dirigen bajo el repliegue anterior del ligamento ancho para adelante, arriba y afuera y salen por encima del puvis al Monte de Venus, donde se pierden así como en los grandes lábios, son redondos, y segun Rosenberger, musculares.

Ligamentos útero-sacros.—La Sra. Boivin dice que nacen de la parte posterior y media del cuello del útero, y dirigiéndose para atrás, se fijan en los bordes laterales de la parte media del sacro, levantando el peritonéo. Son redondos y fuertes: los describe Santorini; pero despues habian escapado á la sagacidad moderna.

§ VI.

Trompas uterinas ó de Falopio.

Son dos conductos finos colocados en el borde superior de los ligamentos anchos, nacen por un orificio estrecho de los ángulos laterales del útero, con cuya

cavidad comunican, se dirigen para afuera ensanchándose, se encorban para atrás y adentro, como á los dos tercios de la longitud de los ligamentos anchos, y se terminan por una estremidad dilatada y recortada en franjas desiguales que ha recibido el nombre de *pavellon de la trompa ó franjeado*, se dice que la franja mas larga está prendida al *Ovario* correspondiente. Por esta parte comunica la trompa con la cavidad del peritonéo.

§ VII.

Ovarios.

Estos son los órganos que contienen los huevecitos que producen nuevos individuos. Son dos, uno de cada lado, ovoideos, aplastados de delante para atrás, de color blanquecino, rugosos, de tamaño variable y situados detrás y un poco abajo de las trompas, bajo el repliegue posterior del ligamento ancho. Están formados de una cubierta densa unida íntimamente al peritonéo, de un tejido espongioso en que existe cierto número de cavidades pequeñas que contienen unas vegiguitas llamadas *huevecitos de Graaf*, en la superficie del Ovario sobresalen los mas gruesos y maduros, y se ven tambien, cicatrices negruscas, así como una especie de tubérculos morado-amarillentos, cuya existencia no tiene relacion con la fecundacion.

Los *huevecitos* son unas vegiguitas que constan de una cubierta compuesta de cuatro capas, de las que es granulosa la interior, y mas gruesa hácia el lugar en que está alojado el *óvulo*, contiene á este y un líquido espeso y claro. El *óvulo*, situado enmedio de la reunion degranulaciones referidadas, aparece el microscopio como un cuerpo opaco, bañado por el líquido del huevecito, redondeado, de un décimo de línea de tamaño (figura 7ª) y compuesto de una vegiguita trasparente que contiene una materia amarilla, que se ha comparado á la yema de huevo, y otra vegiguita enmedio de esta materia, semejante á la que hay en los demas huevos, es decir, sin color y encerrando un líquido por lo comun limpio, pero conteniéndo algunas veces gránulos;

finalmente en un punto de sus paredes hay una mancha oscura que se llama *mancha germinativa.*

Las vegiguitas de Graaf están destinadas á contener el óvulo, nutrirlo y disponerlo para que sea fecundado; ademas es considerado hoy como causa de los fenómenos menstruales; de modo que no solo los animales ovíparos ponen sus huevos espontáneamente, sino tambien los mamíferos; así es que en cada época menstrual, se hincha una vegiguita, sobresaliendo en el Ovario, se derrama sangre en su interior, se rompe y deja escapar su óvulo, que pasa al peritonéo ó al útero; luego se destruye, dejando en el Ovario una cicatriz con su mancha negrusca y formándose un cuerpo *morado-amarillento.*

Los *ligamentos del Ovario*, son dos cordones que parten de la estremidad interna de estos órganos, para adelante y se terminan en la parte postero-superior del útero. Los anatómicos modernos no creen que son huecos estos ligamentos; sin embargo en los cuadrúpedos forman un canal que se abre en la vagina, y en la muger ya se han presentado ejemplares de esta disposicion.





SECCION SEGUNDA.

De la gestacion.

Conocida la parte de la Anatomía que tiene relacion con la Obstetricia, estudiarémos el embarazo. El establecimiento de la menstruacion es el indicio de la *fecundacion* en la muger, esto es, de los trece á los quince años, y en nuestros departamentos meridionales de los once á los trece (1). Para que haya *fecundacion* ó *concepcion* es indispensable que en la *copulacion* ó *coito*, el principio fecundante del hombre se ponga en contacto con el gérmen de la muger. Parece que la época mas propia para ellos, es poco antes ó poco despues del periodo menstrual. Es un acto fuera del alcance de la voluntad y no obstante que algunas mugeres aseguran distinguir el coito fecundante del que no lo es, pasa desapercibido. Para que haya concepcion no es necesario placer, como se cree. No tenemos todavia datos suficientes para predecir el sexo del producto de la concepcion.

(1) No es muy raro que aparezca desde los nueve.

Está bien probado que el gérmen de la muger sobre que se aplica en la concepcion el principio fecundante del hombre, es un huevecito de Graaf. Todavia es un misterio cómo llega hasta al Ovario el principio fecundante, y la accion que tiene sobre el gérmen lo será siempre. La misma ignorancia reina sobre los motivos que hay para que algunas mugeres, aunque no tengan algun vicio en la conformacion, sean infecundas ó *estériles*, y para que otras no tengan sucesion de un primer marido que la tiene de otra muger, y sin embargo conciban con la union de un segundo.

Como quiera que sea, á las pocas horas del coito, segun Haller, y segun Prevost y Dumas, despues de dos dias, se hinchan en el Ovario muchos huevecitos: á los seis se rompe uno y suelta su óvulo, que es tomado por la trompa respectiva y conducido hasta el interior del útero, donde se encuentra el sexto ú octavo dia; sin embargo de que en la muger no ha podido ser visto antes del décimo ó duodécimo. En este órgano comienzan desde el momento de la fecundacion, hasta que se verifica el parto, trasformaciones y cambios muy notables que deben ocuparnos bastante. El estado que guarda la muger en este periodo de tiempo se llama *embarazo*, *preñez*, *gestacion*.

No siempre sucede en un todo lo que acabamos de decir: algunas veces caen dos ó mas óvulos en la cavidad uterina y se desarrollan simultánea ó succesivamente; esto constituye la preñez *gemelar* ó de *coates*, y algunas otras, mas raras, no llega el óvulo al útero, sino que se detiene en alguno de los puntos que debia recorrer, en el cual crece hasta el fin, esto es una *preñez extra-uterina*.

CAPÍTULO PRIMERO.

Preñez uterina simple.

Los cambios que se verifican durante el embarazo deben estudiarse en la madre y en el producto de la concepcion.

ARTÍCULO PRIMERO.

§ I.

En el Utero.

Volúmen.—Desde el momento de la fecundacion antes que el útero reciba el óvulo, comienza á crecer, agrandándose su cavidad, debido primero á la formacion de una materia pegajosa que se verifica dentro y luego al desarrollo del óvulo desde que ahí cae; este desarrollo del órgano sigue haciéndose hasta el fin de la preñez, efectuandose, segun Desormeaux, con mas lentitud en los primeros meses que en los últimos. Al fin de la gestacion tiene el útero de 14 á $15\frac{1}{2}$ pulgadas (32 á 37 centím.) de diámetro vertical, $10\frac{1}{2}$ (24) trasversalmente y de $9\frac{1}{2}$ á $10\frac{1}{4}$ (22 á $23\frac{1}{2}$) ántero-posteriormente.

El cuello se engruesa tambien, principalmente en su parte superior: parece alargarse; pero no es así, sino que como desciende el útero, se alcanza mayor extension del cuello. Segun algunos, nada pierde en longitud en los primeros ocho meses de la gestacion, otros creen que concurriendo desde luego á la ampliacion del útero, se va ensanchando en su parte superior y perdiendo en longitud, lo cierto es que desde el noveno mes no es mas que un rodete que rodea al orificio uterino. En las primerizas apenas puede pasar el dedo á la cavidad del útero, mientras que en las que ya han parido pasa holgadamente y puede tocarse la *bolsa de las aguas*, teniendo el orificio uterino hasta una pulgada y tres cuartos (4 centím.).

Situacion.—En los tres primeros meses del embarazo, queda sumido el útero en la escavacion, y no puede percibirse por el vientre como en el estado de vacuidad, apenas se eleva el fondo sobre el estrecho superior, la parte inferior con el cuello descienden mucho: como á los cuatro meses, comienza à elevarse gradualmente hasta el fin que toca al estómago; de modo que á los cuatro meses, se percibe á dos ó tres dedos sobre

el pubis: á los cinco, á un dedo abajo del ombligo; á los seis llega un poco arriba de esta cicatriz; á los siete, á tres dedos sobre ella; á los ocho, á cuatro ó cinco dedos; á principios del noveno, llega al hueco del estómago, y en los últimos quince dias desciende de allí un poco, debido á que la parte del *feto* que está en relacion con el cuello, se deprime llevándose consigo la parte anterior del útero (Casseaux).

El cuello uterino, que en los primeros tres meses está caido, en los siguientes se va elevando en términos que no se alcanza á tocar en el octavo; pero en la última quincena, vuelve á descender.

Direccion.—Durante los primeros meses, que está el útero debajo del estrecho superior, se inclina el fondo para atrás y para el lado derecho, por la concavidad del sacro y la presencia del intestino recto en el lado izquierdo: los meses siguientes, sigue en su acrecimiento la direccion del eje del estrecho, colocándose bien pronto inmediatamente detrás de las paredes del vientre, empujando para atrás á los intestinos, inclinado no obstante, por la presencia de la columna espinal, hácia un lado, y, cosa singular é inesplicable todavía de un modo satisfactorio, hácia el derecho casi siempre.

El cuello sigue la direccion opuesta al fondo, de modo que en los tres primeros está dirigido para adelante y el lado izquierdo y en los siguientes va caminando para atrás, quedandose del lado izquierdo, hasta que en los últimos quince dias, que como acabamos de decir, se baja la porcion anterior del útero con el feto, está muy atrás y no en el centro del tumor que se presenta al tacto

Forma.—De aplastado que es el útero, se redondea en el embarazo: al fin de la preñez tiene la figura de un huevo ligeramente aplastado por detrás.

El cuello parece puntiagudo: el hocico es circular. En las primerizas es esto mas notable, pues en las que ya han parido, hay muchas variedades.

Grueso de las paredes.—Es mayor en los tres primeros meses, que en el estado de vacuidad: en el quinto es igual: terminando la preñez, es mas gruesa la parte del útero en que está adherida la *placenta*, que en

cualquiera otra, y mucho mas que á inmediaciones del cuello, con algunas escepciones.

Peso.—Al fin de la preñez pesa el útero mas de dos libras.

Densidad.—La gran dureza y resistencia que ofrece el útero en el estado natural, disminuye en el de preñez, de ahí que se sienten con facilidad los movimientos del *feto*, y puede sobresalir tal ó cual parte.

El cuello se ablanda de la punta para arriba, y en los últimos meses es tanto, que es difícil distinguirle de las paredes de la vagina.

Testura.—Tan difícil de caracterizar cuando no hay preñez, como fácil ver en el estado opuesto que el tegído propio del útero es muscular: las fibras forman dos planos, uno superficial, en que siguen de la línea media una direccion para afuera y abajo, como el peinado de la parte anterior de la cabeza en las mugeres y otro profundo en las inmediaciones del orificio uterino y de las trompas, dando vueltas á su alrededor ó solamente media vuelta, dirigiéndose de la parte inferior de la línea media á los ligamentos redondos. Entre estos dos planos hay otras fibras, cuya direccion es difícil seguir. Tambien contiene el útero *arterias y venas,* y cuando está desarrollado no están tirantes, lo que prueba que crecen con él: las *arterias* se terminan en la cara interna del órgano, formando pinceles: las venas en el lugar que ocupa la *placenta*, lo hacen por senos que parecen hechos con un saca-bocado.

Propiedades.—La sensibilidad del útero parece aumentada en el embarazo: se comunica del cuello á lo demas del órgano, por lo cual el coito y los tocamientos repetidos producen el *aborto* muchas veces. La contractibilidad está muy desarrollada en este estado; es el principal agente del parto, es intermitente y acompañada de dolor, por causas no bien averiguadas todavía: es independiente de la voluntad, no obstante que se citan casos de mugeres que han suspendido las contracciones: no puede predecirse su energía, pues hay mugeres muy musculosas, que tienen dolores de parto muy débiles, y al contrario: el mucho ejercicio de ella la consume: hay medicamentos que la aumentan, así

como varias causas, y medicamentos que la suspenden casi sin falta. La contractibilidad de tegido de que tambien goza el útero, es la que hace se esprima la sangre que lo empapa despues del parto, y se cierren los vasos que se rasgan al despegarse la *Placenta*.

§ II.

En otros órganos.

Creciendo el útero, se van desdoblando las dos hojas de los ligamentos anchos hasta desaparecer, quedando las trompas y los Ovarios aplicados contra la parte posterior del útero. Los ligamentos redondos se hacen muy musculosos.

La vagina se acorta y ensancha en los primeros meses; despues se va alargando á proporcion que la estira el útero en su elevacion. Desde el sétimo mes se dispone de manera de formar mucosidades que aun escurren al fin.

La vegiga de la orina es empujada contra el puvis al crecer el útero, de aquí provienen las incomodidades para mear que se observan.

El intestino recto está comprimido por el útero lleno, y sobrevienen estreñimientos pertinaces é incómodos y aun cólicos intestinales.

Ejerciéndose tambien esta compresion sobre los vasos inmediatos, ocasiona *hemorroides* (almorranas), hidropesías en las piernas y la vulva; pero tambien se humedecen y relajan los ligamentos de la pelvis.

Tambien son empujados los órganos del vientre para atrás y para arriba, lo cual causa varias incomodidades de la respiracion.

La piel del vientre se extiende mucho, y aun se hacen grietas de un color morado ó azulado y marcando curvas con la convecsidad para afuera y abajo: las cicatrices que dejan son unas fajas blancas y se encuentran no solamente en el vientre sino en los muslos de las que ya han parido.

Las mamas al principio de la gestacion se hinchan, se

ponen tensas, presentan picoteos y aun dolor formal: al cuarto ó quinto mes se deshinchan y aflojan; pero al fin, reaparecen estas incomodidades con mas fuerza que ántes. Tambien aquí se forman grietas y cicatrices blancas. El pezon se hincha del cuarto al quinto mes, forma una salida mas marcada y deja escurrir por la presion un líquido aguado. La aureola se colora mas llegando á tomar en algunos casos un color rojo-ladrillo: á su rededor aparece otra aureola, manchada y mosqueada. Estos caracteres se ven mejor aparecer en las primerizas, por borrarse despues muy poco. En algunas mugeres no se presentan estos síntomas, sino que sus mamas quedan flojas y marchitas: son malas nodrizas y su leche de mala calidad.

ARTÍCULO SEGUNDO.

Hemos dicho que despues de un coito fecundante se desprendia del ovario un óvulo que era conducido hasta la cavidad del útero y que en esta se formaba desde ántes un líquido pegajoso. Bien: pues del óvulo fecundado resulta un nuevo ser pasando por muchas trasformaciones: así es que desaparece la vexícula y mancha germinativa que ya hemos descrito: la materia amarilla que la cubre, se divide en muchas esferitas y luego se convierte en un líquido trasparente: se forma en un punto de la cubierta una mancha, la *mancha embrionaria*, que va creciendo: se forma ademas sobre la vexícula una cubierta erizada de vellosidades, y dentro otra mas delgada; entre las dos hay un líquido viscoso en el que nadan dos vegiguillas que contienen una un líquido amarillento y la otra uno claro: dentro de la cubierta interior hay tambien otro líquido en medio del cual está el nuevo ser. De estas cubiertas resultan las membranas y anecsos que envuelven al producto de la concepcion: tenemos que estudiar por separado lo uno y lo otro.

§ I.

Membranas y demas anecsos.

1º El líquido pegajoso ó linfa coagulable que llena al útero se cuaja y se trasforma bien pronto en una vegiguilla llena de un licor trasparente, segun unos: esta ampolla está ya formada cuando cae el óvulo, de modo que entónces la deprime en la porcion que le estorba el paso: segun otros el óvulo queda encerrado entre dos pliegues de la capa interior del útero que soldándose despues forman una cavidad. Como quiera que sea, esta primera cubierta se llama *membrana Caduca.* (fig. 8ª) Una parte está adherida al útero y la otra al óvulo: creciendo éste son empujadas una contra otra hasta tocarse: en los últimos dias del embarazo queda contra la cara interna del útero faltando en el lugar donde se adhiere el óvulo.

2º Hemos dicho que se forma sobre la vexícula del óvulo una cubierta erizada de vellosidades: se llama *Córion.* Pronto se cubre de filamentos, que le dan un aspecto velloso, muy notablemente en donde se ha de formar la *Placenta,* va creciendo hasta los últimos dias, en cuya época es trasparente y delgada, esceptuando la porcion que forma la referida *Placenta:* está en relacion por su cara externa con la Caduca y la parte del útero que no cubre esta membrana: dentro contiene el líquido viscoso de que hablamos antes y lo que nos queda por describir.

El líquido que tiene el Córion y que Velpeau ha llamado *cuerpo vitriforme* ó *reticular,* queda reducido á un pequeño lugar, como vamos á ver.

3º Hemos visto tambien que dentro del Córion se forma otra cubierta mas delgada y mas pequeña, es el *Amnios:* contiene un líquido que se llama *agua del Amnios* ó simplemente *las aguas,* y el producto de la concepcion. Va creciendo y acercándose á la cara interior del Córion desalojando el líquido de esta membrana hasta aplicarse contra ella ménos en una pequeña porcion

donde queda encerrado dicho líquido, la *vegiguilla Umbilical* y la *Alantoidea*, contrayendo adherencias débiles con el repetido Córion y muy fuertes con la *Placenta*, el cordon *umbilical* y la superficie de la piel del feto.

Agua del Amnios.—El líquido que contiene el Amnios es en los primeros tiempos, limpio, trasparente, poco denso; pero al fin del embarazo es untuoso, mas consistente, unas veces limpio, otras verdoso ó amarillento, turbio, con grumos amarillos ó negruscos, tiene un olor espermático, un sabor ligeramente salado, en cantidad variable, pudiendo llegar á dos y mas cuartillos, su peso relativamente al del *embrion* es mayor en los primeros meses, igual en la mitad de la preñez y menor en los meses siguientes que el del *feto*. Las aguas, bañando al producto de la concepcion, impiden que el útero lo comprima y que lleguen hasta él los choques esteriores, favorece sus movimientos, se asegura que sirve tambien para su nutricion: durante el parto lo proteje contra la fuerza de las contracciones uterinas, sirve de intermedio para la formacion de la *bolsa de las aguas* que hace mas gradual y suave la dilatacion del cuello; por último, humedeciendo despues el canal pelviano hace mas fácil la salida del feto.

4 º El espacio que queda entre el Córion y el Amnios contiene una vegiguilla, llamada *vexícula umbilical*, voluminosa al principio, como un garbanzo, pues llena la cavidad del óvulo, comunicando tan libremente con el intestino, que parece una sola bolsa, despues, formándose la pared del vientre y empujada contra el Córion por el Amnios que crece, se le forma un canalito mas y mas largo, que va por el cordon y penetra por el ombligo á dicho intestino: poco á poco va disminuyendo de volúmen la vexícula y su canal adelgazándose, hasta que al tercero ó cuarto mes desaparecen: de la vexícula umbilical parten una arteria y una vena para el vientre del *embrion* que se llaman *vasos onfalo-mesentéricos*. Contiene un líquido amarillento, que sirve para nutrir al óvulo en los primeros tiempos mientras se agota, como la yema del huevo á los futuros polluelos.

5 º Hácia el décimo dia de la concepcion se ve

formar en el intestino recto una vegiguilla que pronto se separa de él para adelante y se divide en dos cavidades, una es la vegiga de la orina y la otra la *vexícula Alantoidea*, que crece rápidamente y se retira contra el Córion junto á la vexícula umbilical, formándosele un canalito estrecho y largo, que yendo por el cordon penetra por el ombligo y llega á la vegiga de la orina. Sobre la vexícula Alantoidea se ramifican los *vasos umbilicales* que han de formar el cordon. Desaparece muy prontamente, y quizá por esto se ha negado su existencia en la especie humana; el canalito se cierra y queda reducido á un cordon sólido llamado *Uraco.*

6º Al fin del primer mes, ó, segun Velpeau, desde los primeros dias, se ven nacer de la parte interna del útero en que se coloca el óvulo, y el Córion forma mas vellosidades, muchos vasos arteriales y venosos: por otra parte estas vellosidades crecen por el lado del útero y por el del óvulo, formando igualmente vasos arteriales y venosos, entrelazándose los esternos con los que vienen del útero, y ramificándose al infinito pero sin comunicarse unos con otros: en el intermedio se cria un tejido compuesto de laminitas blanquecinas y entrecruzadas como celdillas en que se hacen las ramificaciones de unos y otros vasos. Esta reunion de vasos con el tejido que los une, se llama *Placenta, descarga, parias, secundinas.* Es una masa de color morado, de figura y dimensiones variables, aplastada, blanda y esponjosa: en la época del parto tiene de 7 á 9 y media pulgadas de diámetro, cuando es circular (de 16 á 22 centímetros), ocho líneas de grueso en su centro (17½ centím) y en su circunferencia de dos à tres líneas (4 á 6 milím.) cuyo largo es en general de 28 pulgadas (65 centím.) Su cara esterna ó uterina es áspera, convexa, dividida en muchos lóbulos, franjas ó cotiledones: la porcion del útero con que está en relacion, es variable segun que el óvulo al caer de la trompa queda en las inmediaciones de ésta, lo que sucede con mas frecuencia, ó que se escurre á mayor ó menor distancia, soliendo ser hasta sobre el cuello uterino; no está en inmediato contacto con la cara interna del útero, sino que está interpuesta una capa de tejido blanquecino. Su cara interna ó fetal es cóncava,

lisa, sobresaliendo las gruesas ramificaciones de los vasos que vienen del cordon *umbilical* y siguen por lo comun del centro á la circunferencia; algunas veces parten de un borde en que se inserta el cordon y se dice *Placenta en raqueta.* Su circunferencia se continua con el Córion, segun unos, y otros creen que con la Caduca, pasando el Córion sobre ella al cordon y el ombligo del feto, inmediatamente debajo del Amnios.

7º Llegamos por fin al *cordon umbilical* que establece las relaciones del producto de la concepcion con la Placenta y el útero, de quien recibe la vida mientras puede existir con independencia. Al hablar de la Placenta y de la Alantoidea, dijimos que las granulaciones del Córion forman vasos del lado del nuevo ser: alargándose estos y disminuyendo en número quedan al fin reducidos á dos arterias y una vena que parten por lo comun del centro de la Placenta y se introducen con los canalitos de la vexícula umbilical y de la Alantoidea, mientras existen, por el ombligo del producto de la concepcion para distribuirse en su interior. Muy corto al principio de la gestacion y conteniendo por el lado del *embrion*, parte de los intestinos, va creciendo como las demas partes hasta los últimos dias del embarazo: desde el cuarto mes no está ya compuesto sino de las dos *arterias* y la *vena umbilicales*, del Uraco, de una cubierta esterior que le da el Amnios, de un tegido que une todas estas partes y aun les forma vainas, y de un líquido que penetra en los vacíos que quedan: segun algunos, dentro de la cubierta esterior hay otra formada por el Córion que pasaria sobre la Placenta y el cordon hasta el ombligo del feto: al fin de la gestacion es un cordon de 20 á 22 y media pulgadas de largo (54 á 59 centím.), de 8 á 16 líneas de grueso (1 á 2 centím.), ofreciendo muchas flecsuosidades á manera de nudos, debidas á que las arterias dan muchas vueltas al rededor de la vena y ofrecen varios vasos de comunicacion entre sí; su resistencia para romperse no es proporcional á su grueso, pues resisten mejor los delgados: está bañado por la agua del Amnios. Para concluir, diremos que se observan cordones hasta de 5 piés (153 centím.), y al contrario tan cortos que parece nacer del ombligo la Placenta: cuando es muy largo suele presen-

tar vueltas al rededor de alguna parte del *feto*, ó nudos mas ó ménos apretados: algunas veces no se entran los intestinos al vientre del *feto*, quedando en parte en la estremidad fetal del cordon: no siempre se implanta en el ombligo, se le ha visto terminar en la cabeza, el cuello, la espalda ú otras partes; algunas veces contiene dos venas y al contrario no se encuentra mas que una arteria: por último, se han visto los vasos que lo forman nacer dispersos en la Placenta y no formar cordon hasta cerca del ombligo del *feto*.

§ II.

Ovulo, embrion, feto.

En un tratado práctico no se puede seguir paso por paso el desarrollo del producto de la concepcion: esta bella parte de los conocimietos humanos, que toca al médico conocer en sus pormenores y en sus leyes, forma por separado un tratado bastante estenso bajo los nombres de *Embriología*, *Biología* y *Teratología*: solamente notarémos lo que toca á nuestra objeto.

De la mancha embrionaria que hemos visto se forma en un punto de la vexícula propia del óvulo, resulta el nuevo ser que pasando por varias trasformaciones llega por fin á constituir un individuo de cada especie.

Desde la tercera semana de la concepcion es ya distinto el nuevo ser, que se llama *embrion* desde esta época hasta el cuarto mes: es oblongo, grueso de un estremo, semejante á un gusano; un poco encorvado para adelante, blanco opaco, como gelatinoso y tiene de 2 á 4 líneas de largo (4 á 7 milím.) y 2 á 3 granos de peso. Aun no presenta señales de cabeza, ni de miembros, ni existe cordon umbilical, sino que las membranas están adheridas á la estremidad delgada del embrion.

De la quinta á la sesta semana es mas consistente, presenta una cabeza muy voluminosa respecto de su tamaño: se notan en los lugares de los ojos dos puntos negros y en los de los miembros cuatro botoncitos salientes; tiene casi 8 líneas de largo (1½ centím.) y 19 granos

de peso. Ya hay vestigios de cordon umbilical y está colocado á un lado de una especie de cola que se observa.

A los dos meses forma la cabeza mas de la tercera parte del embrion, se echa de ver la boca bajo la forma de una hendidura transversal, la nariz sobresale, los órganos genitales son perceptibles; pero es tan largo el clítoris y gruesos los grandes labios, que aun no es posible distinguir el sexo; los miembros son mas palpables, siendo mas largas las manos que lo demas de los brazos; pero todavía sin dedos: tiene de 1 á 2 pulgadas de largo (3 á 4 centím.) y de 6 á 10 adarmes. El cordon no ofrece espirales, no parece sino un embudo que contiene intestinos, correspondiendo su vértice á la Placenta y su base al vientre del embrion en cuya parte inferior se adhiere.

Al fin del tercer mes, se dibujan bien los ojos detras de los párpados: los labios están bien formados, el cuello despega visiblemente la cabeza de lo demas del cuerpo: la cola que formaba el cóxis ha desaparecido; es fácil distinguir el sexo: los dedos son distintos: el embrion es de 5 y media á 6 y media pulgadas de largo (de 13 á 15 centím.) y pesa de 3 á 4 onzas. El cordon no tiene ya intestinos y presenta numerosas espirales.

Llegado á cuatro meses el producto de la concepcion toma el nombre de *feto*. En este mes se nota algun vello en la cabeza; las *fontanelas* y las *suturas* que pronto darémos á conocer, son muy ámplias; la cara es alargada, los ojos, la nariz y la boca están cerrados; se ve la lengua, y las uñas aunque muy blandas se distinguen perfectamente; comienza el feto á ejecutar movimientos en el vientre de la madre, y si naciera en esta época viviria algunas horas mas: su longitud es de 7 á 8 pulgadas (16 á 20 centím.), y su peso de 7 y media á 8 y media onzas. El cordon se fija mas arriba del puvis que antes.

Al quinto mes se observa en la piel alguna materia sebacea, las piernas son mas largas que los brazos, el peso del feto es de 8 á 11 y media onzas, y su largo de 8 y media á 11 y media pulgadas (20 á 27 centím.), los ojos aun no tienen pupila.

Al sesto mes ofrece pelo la cabeza, un poco de vello las cejas, existen las pupilas, la piel tiene arrugas, las uñas

están duras, el largo del feto es de 12 á 14 pulgadas (28 á 32 centím.), y su peso casi de una libra.

A los siete meses puede vivir el feto fuera de la madre: los huesos de la cabeza sobresalen mucho por su parte media, los párpados se pueden abrir: hay de la cabeza á los piés de 14 á 16 pulgadas (32 á 36 centím.), y de peso de 3 á 4 libras. El ombligo dista poco de la mitad del cuerpo.

A los ocho, la mandíbula inferior, que era muy corta, es tan larga como la superior, en los varones el *escroto* contiene á lo ménos el testículo izquierdo, la piel está cubierta de vello y de materia sebacea: la longitud del feto es de 17 y media á 19 y media pulgadas (40 á 45 centím.), y su peso de 4 á 5 libras.

Por último, á los nueve meses, término corriente de la preñez, está el feto tal como lo vemos al nacer. Aquí nos detendrémos un poco en saber las circunstancias interesantes para lo que ha de seguir.

La cabeza del feto, siendo la parte que ofrece mayor volúmen, que se reduce ménos por la compresion, que las mas veces atraviesa la primera el canal de la pelvis de la madre en el parto y que ofrece otras consideraciones que seria largo referir, necesita estudiarse con cuidado. La cabeza, decimos, es un ovoide, cuya estremidad posterior es mas gruesa que la anterior y se divide en *cráneo* y *cara:* la parte mas alta de la frente se llama *bregma,* (mollera), la de la nuca *occipucio*, la parte situada entre estas dos, *coronilla* ó *vértice* de la cabeza. Los huesos de que está compuesta, no están soldados unos con otros, sino que sus bordes y ángulos están separados dejando anchos vacíos: los de los ángulos forman las *fontanelas*, y los de los bordes las *suturas*: la fontanela *anterior* ó *bregmática* está situada arriba de la frente, es ancha y tiene cuatro ángulos, uno posterior del que parte una sutura para atrás y se termina en el occipucio, otro anterior del que nace otra sutura que baja por la parte media de la frente, y los otros laterales de donde se dirigen dos suturas para las orejas: la fontanela *posterior* ó *lambdoidea,* situada un poco arriba del occipucio, es mas pequeña que la otra y triangular, al ángulo superior viene la sutura que parte del posterior de

la fontanela anterior, y de los laterales parten oblícuamente para los lados de la nuca otras dos suturas. Los diámetros de la cabeza, deben ser proporcionados á los de la pelvis de la madre para que pueda verificarse el parto: los principales son: el antero-posterior ú *occípito-bregmático* que va del occipucio al bregma, y tiene de 4 pulgadas 9 líneas á 5 pulgadas (11 á 11½ centím.), el *tráquelo-bregmático*, de abajo de la nuca al bregma, y mide 4 pulgadas (9 centím.), el *occípito-barbado,* del occipucio á la punta de la barba, y tiene 6 pulgadas (13½ centím.), el trasverso ó *bi-parietal,* de un lado á otro de la cabeza y de 4 pulgadas á 4 pulgadas 2 líneas, y el *bregma-barbado*, del bregma á la punta de la barba, y es de 3 pulgadas y media (8 centím.). Las circunferencias que solo ofrecen interes en la práctica son las que tocando las estremidades de los diámetros occípito-bregmático, occípito-barbado y bregma-barbado, pasan las dos primeras por las orejas y la última por las mejillas.

Los diámetros, y en general, el volúmen de la cabeza, que es un poco mayor en los varones que en las hembras, se acortan mucho con la compresion que hacen las partes de la muger al ser empujada por las contracciones del útero, y la que se ejecuta con el *Fórceps*: esto se consigue, porque se acercan los bordes de los huesos, separados por las suturas y aun se sobreponen unos á los otros. Los movimientos que puede hacer la cabeza del feto, sin peligro de su vida, son: cuanto se quiera para atrás, para adelante hasta tocar la barba al pecho, para los lados muy poco, y de rotacion hasta llegar la barba á cualquier hombro.

Los hombros no presentan obstáculo alguno para el parto, pues pueden acercarse uno á otro con la compresion hasta la distancia de 4 pulgadas 2 líneas (9½ centím.).

De una cadera á otra hay tres pulgadas y media (8 centím.), y de un cuadril al otro 4 pulgadas (9.).

La longitud del feto es ordinariamente de 21 y media á 26 pulgadas (50 á 60 centím.); se han citado de muy grandes dimensiones y peso, que ordinariamente es de 6 á 7 libras. El cordon se inserta en el recien-nacido arriba del medio de la longitud del cuerpo y presenta los caracteres que ya se han descrito.

Posicion del feto.—Dentro de la bolsa de las aguas está el feto encorvado, sobre el vientre, su cabeza doblada de modo que toca la barba al pecho, delante del cual están cruzados los brazos, los muslos contra el vientre y sobre estos, las piernas cruzadas de modo que cada talon toca á la nalga del otro lado. Así tiene el menor volúmen posible, y forma un ovoide cuya estremidad delgada que es la cabeza, está ordinariamente dirigida para abajo, y la gruesa para el fondo del útero. Antes se creía que en los siete primeros meses estaba la cabeza para arriba y que al sétimo mes daba una *maroma*, colocándose la cabeza para abajo; pero está probada la falsedad de esta opinion.

Funciones del feto.—Nutricion.—En los primeros tiempos, se nutre el embrion con el líquido de la Caduca, el de la vegiguilla umbilical y el del Amnios; despues del cuarto mes, que quedan consumidos los primeros, solamente con el último, y quizá con alguna materia formada en el interior del útero, y no obstante que no comunican los vasos umbilicales con los uterinos en la Placenta, creen algunos que pasa sangre de la madre al feto: otros no admiten esto, sino que solo sirve la Placenta para una especie de respiracion del feto. La agua del Amnios entra al feto por la boca y por la absorcion de la piel. —*Respiracion.*—Se cree que con la Placenta y el hígado del feto está suplida la respiracion que se establece al nacer.—*Circulacion.*—A diferencia del que vive independiente de la madre, en quien el corazon empuja la sangre á todas las partes del cuerpo por las arterias; la recibe de las venas que la traen de donde la dejan las arterias; y la envia á los pulmones á vivificarse de donde vuelve al punto de donde hemos partido; en el feto entra la sangre por la vena umbilical en el ombligo, al hígado, de donde pasa al corazon, que la manda á todas las partes del cuerpo; allí es recibida por las venas que la llevan de nuevo al corazon, para pasar á los pulmones; pero como no la pueden recibir y la sangre encuentra un buen camino para pasar á las arterias umbilicales en un canal que existe en esa region, sale por allí á la Placenta á vivificarse para volver á entrar por la vena umbilical. Cuando respira el feto y está

ligado el córdon, penetra la sangre en los pulmones, se cierra el conducto que la llevaba á las arterias umbilicales, así como la vena umbilical, y la circulacion sigue su curso natural.

CAPÍTULO SEGUNDO.

Preñez gemelar.

La preñez gemelar, consiste en que se desprenden de uno ó de los dos ovarios, simultáneamente ó con algunos dias de distancia, dos ó mas óvulos fecundados ó uno con dos vexículas de líquido amarillo, y se desarrollan en el útero.

Se ignoran las causas que producen este modo de gestacion. Ciertas mugeres tienen gemelos en todos sus partos. Las preñeces dobles no son tan raras, pues en una larga série corresponde una por cada 70 ú 80: las *triples* lo son mucho, es decir, una entre 1500: de *cuádrupla* solamente hay uno que otro ejemplar en los anales y una ó dos *quíntuplas*, lo que se refiere de mayor número en la especie humana es fabuloso.

Las mas veces tiene cada embrion sus anecsos por separado, tocándose las bolsas, adhiriéndose algunas veces las placentas por sus bordes tan fuertemente que parecen una sola. Raras veces acontece que un solo Córion envuelve á los fetos que tiene cada uno su Amnios propio, en cuyo caso, no hay ordinariamente mas que una Placenta de la que parten todos los cordones de los fetos. Con mayor rareza se presenta el caso de que una sola bolsa encierre á los fetos, cuyos cordones vienen de una sola Placenta. En esta variedad de gestacion, es en la que sucede de vez en cuando que no haya igualmente mas que un cordon y se toquen los fetos por el ombligo y aun estén adheridos en mayor extension, cuya monstruosidad tendrémos presente al hablar de los obstáculos para el parto. En fin, se ha llegado á ver un feto con otro dentro, ya debajo de la piel del vientre, como creo haberlo observado en un recien nacido, ó dentro de esta cavidad, ó en otra parte.

El desarrollo del vientre en la preñez gemelar sigue los mismos pasos que en la simple; sin embargo, es mas voluminoso, la forma que afecta es variable: cuando un feto está de cada lado es aplastado y aun deprimido en medio, y saliente á los lados, cuando uno está con la cabeza para arriba y el otro para abajo, pueden notarse dos depresiones y dos salidas, &c. Pocas veces llega esta preñez á término; con frecuencia los fetos nacen antes del tiempo ordinario, ó son abortados, ó muere uno ó mas de los fetos y el otro sigue su desarrollo ordinario: el muerto ó muertos son espulsados luego, ó permanecen en el útero desecándose hasta la época del parto que salen con el otro, ó en fin se quedan todavía hasta que son extraidos. Cuando llega á su fin la preñez, sucede que nace un feto fuerte y otro débil ó muerto, nace uno y hasta despues de algunas semanas ó meses nace el otro. Se concibe que cuando no hay mas de una bolsa la espulsion de un feto trae nacesariamente consigo la de los otros.

CAPÍTULO TERCERO.

Preñez extra uterina.

Hemos dicho que al desprenderse del ovario un óvulo fecundado y ser tomado por la trompa uterina respectiva, suele no caer en la cavidad del útero, sino que se detiene en algun punto del camino que ordinariamente recorre para desarrollarse allí, y tambien que á esta se llama *preñez extra-uterina.* Efectivamente se desarrolla el óvulo en el mismo ovario, ó en la cavidad del vientre, ó entre las hojas de un ligamento ancho, ó dentro de una trompa, ó en fin, entre el tegido del útero.

Las causas que producen estas preñeces son de lo mas oscuras, parece que un susto, una sorpresa ó un golpe en el vientre poco despues de la fecundacion la determinan, una ligera desviacion de las trompas, su cortedad ó mayor longitud, su estrechez, su parálisis &c., difíciles de conocer de antemano, son causas eficaces de ellas, por eso es mas frecuente que se desarrolle el feto en la trompa detrás de un obstáculo.

En estos casos el feto tiene todos sus anecsos con excepcion de la membrana Caduca, que se forma no obstante en el interior del útero, algunas veces una nueva cubierta envuelve á las membranas; la Placenta se adhiere en el punto en que se desarrolla el óvulo, ó algunas veces cuando lo hace en el vientre se implanta aquella en el interior de la trompa y aun del útero. La cubierta del ovario, el ligamento ancho, la trompa ó el tegido del útero, segun la variedad de preñez, se extienden, como se comprende, y aun se rompen, en cuyo caso pasa el óvulo al vientre, donde sigue desarrollándose algunas veces. El útero crece tambien por su lado, formándose en su interior la Caduca, y se desvia al lado opuesto al tumor formado por el feto; luego vuelve á su estado natural, y no obstante la preñez extra-uterina, puede sobrevenir otra uterina. La forma y crecimiento del vientre es muy irregular.

La duracion de estas preñeces es muy variable, unas veces es de algunas semanas, otras pasan años; por lo comun no pasa de cuatro ó cinco meses. Para terminarse vienen dolores de parto muy incómodos, que duran tres, cuatro ó mas dias, se rompe la bolsa produciéndose un dolor excesivamente fuerte, pasa el feto á la cavidad del vientre y una hemorragia formidable mata á la madre y á su hijo: ó si por alguna circunstancia se detiene la hemorragia, sobreviene una inflamacion igualmente mortal: ó si la madre resiste á ella, el feto, las membranas y la sangre derramada se convierten en supuracion, que se abre camino con los restos no desechos, por el vientre, el perineo, la vagina, el recto, la vegiga de la orina, los intestinos ó el estómago, y la abundancia de la supuracion es un nuevo peligro al que raras veces se sobrevive; ó en fin, sucede aunque con excesiva rareza, que se forme una bolsa que envuelve al feto y sus dependencias, como á las balas que se quedan dentro del cuerpo, en cuyo caso no acontece algun desórden grave; sin embargo, que se ha dado el caso de muerte sin mas causa que la presencia de estos tumores extraordinarios. Una señora de quien conservo la historia, ha sido muy feliz con abortar un feto de cuatro meses que indudablemente de la trompa se abrió camino por el

útero y la vulva, no quedándole otra cosa que una afeccion crónica del ovario. Cuando la preñez se prolonga, los dolores de parto se presentan por intervalos mas ó menos largos, si el feto no muere, crece mucho, y aun le salen los dientes, el volúmen del vientre es excesivo y aun muere la madre por sola esta circunstancia; si el feto cesa de vivir y permanece dentro de su bolsa, sufre una especie de momificacion que lo convierte en una sustancia como huesosa así como á las membranas.

Estas preñeces no son objeto de este tratado sino en cuanto á que es preciso saber que se presentan. Si la matrona es bastante feliz para conocerlas, segun lo que aun tenemos que decir de ellas mas tarde, no tiene mas que encomendar inmediatamente el caso al saber de un profesor, quien será otro tanto feliz si llega á dar buena direccion á la naturaleza extraviada.





SECCION TERCERA.

Diagnóstico.

En esta parte aprovechamos los conocimientos adquiridos por lo que precede para tratar del *diagnóstico* que hoy forma la parte principal de la *Clínica*, y que distingue al hombre científico del charlatan, pues la ciencia de curar está en conocer perfectamente las circunstancias del caso sobre que se consulta, y no en dar muchos remedios y aplicarlos sin saber si están indicados; y desgraciadamente no cabe duda en que sin el *diagnóstico* los remedios son un nuevo peligro por el que pasa un enfermo.

Se llama *diagnóstico* la apreciacion de las circunstancias de una afeccion cuando existe, distinguiéndola de aquellas con quienes puede confundirse. Es de tal importancia que no es estraño que á ello solamente se hayan hecho tender las aberturas de los cadáveres, las observaciones clínicas de los prácticos, la Anatomía, la Fisiología, la Química, &c. Varios medios se ponen

en práctica para conseguir un buen diagnóstico, que desde luego damos á conocer, para hacer luego las aplicaciones que exige nuestro objeto.

CAPÍTULO PRIMERO.

Medios diagnósticos.

Son el *interrogatorio*, la *olfacion*, la *inspeccion*, la *auscultacion*, la *palpacion*, la *percucion*, la *medicion*, el *uso de los reactivos* y el *razonamiento*. Hablarémos de los que tienen aplicacion en este tratado.

§ I.

Interrogatorio.

Consiste en el método que se sigue en dirigir las preguntas necesarias para conocer lo que se pretende. Con él se adquieren las noticias que no pueden caer bajo nuestros sentidos en el momento que observamos, como los antecedentes que han precedido al estado presente que son tan necesarios, lo que siente la enferma que no puede verse, escucharse ó palparse, v. g. el dolor, &c.

Se necesita mucha sagacidad para hacerse entender, para no ser engañado, para obtener respuestas precisas. Es necesario por tanto, no omitir pregunta alguna importante, hacerlas en términos que no se obligue á la muger á contestar tal ó cual cosa, sino de modo que lo haga sin prevencion y con franqueza, y no hacer otras que las que llevan al fin propuesto. Las preguntas inútiles revelan desde luego ignorancia de parte del que las hace.

§ II.

Olfacion.

Es la atencion que se lleva sobre el olor de alguna cosa. Este medio presta pocos datos, por ejemplo, sobre

el carácetr de los flujos. Necesita ejercicio, y da mas datos de improviso que prolongando la observacion.

§ III.

Inspeccion.

Es la aplicacion de la vista para el conocimiento de las enfermedades. Por ella nos formamos juicio de la figura, volúmen, color, movimientos &c. de las cosas.

Es necesario para inspeccionar bien, ejercitar el ojo, y tener, como en los demas medios, muy presentes las circunstancias del estado natural, para hacer comparaciones con las del objeto que está á la vista.

§ IV.

Auscultacion.

Por auscultacion, se entiende la accion de poner el oido inmediatamente ó con el intermedio del *Estetoscopio,* sobre una parte, con objeto de percibir los ruidos que se producen en su interior; tambien comprende la apreciacion de los que se efectúan á distancia. Es uno de los medios con cuyo descubrimiento se honra la medicina moderna y hace ver muchas enfermedades, como á través de un cristal. No hace muchos años que se ha aplicado al diagnóstico de la preñez, de los padecimientos del feto dentro del útero, y de otras circunstancias relativas con un éxito muy lisongero.

Para auscultar el vientre es mas conveniente servirse del *Estetoscopio*, que esté desnuda esta parte, (con una atencion sostenida y tomando precauciones para evitar el roce, yo percibo los ruidos del interior sobre la camisa), que queden aplicados sobre ella todos los puntos de la circunferencia del instrumento, comprimiéndola con él, que el observador aplique perfectamente la oreja sobre el otro estremo y no encorbe mucho la cabeza, para que no se le entorpezca el oido y que esté acostada la embarazada en los primeros meses y parada en los últimos.

Mucho hábito se requiere para la auscultacion del vientre, tener aplicada la oreja con el instrumento mu-

chos minutos en cada punto y recorrer gran parte del vientre, y aun remitir la observacion para otro tiempo, pues algunos ruidos dejan de oirse por intervalos mas ó ménos largos.

§ V.

Palpacion.

La palpacion aplicada á la gestacion, es la esploracion del vientre ó de las partes secsuales, por medio de las manos ó de los dedos. Por ella se aprecia la temperatura, la sensibilidad, la consistencia, la movilidad ó fijeza; el volúmen, la forma, la profundidad y los movimientos de una parte. Tiene inmensas aplicaciones, es un medio precioso para el diagnóstico y rectifica los datos que suministra la inspeccion. En nuestro objeto se aplica para hacer constar la existencia y época del embarazo, la proximidad, invasion y marcha del parto, la posicion del feto respecto de la madre, y las que va tomando para salir, la naturaleza y fuerza de los dolores, la presencia de muchos accidentes de las embarazadas, la naturaleza y situacion de los obstáculos para la terminacion del parto, &c.

El sentido del tacto exige una educacion esmerada en ambas manos, y para aplicarlo hay precauciones que tomar ya se haga sobre el vientre, ya por las partes genitales.

Para practicarla por el vientre, se deja desnudo, ó con la camisa solamente; se acuesta á la paciente boca arriba, descanzada la cabeza sobre una ó dos almohadas y levantados los muslos y un poco separados, con objeto de que estén flojas en lo posible las paredes del vientre; algunas veces se hace que esté vacía la vegiga; el observador se coloca á la derecha de la cama, á no ser que no sea posible emplear la mano correspondiente, y se aplica la mano derecha de lleno sobre el vientre, superficialmente ó comprimiéndolo mas ó menos, segun lo que se desee averiguar; ó las dos manos en puntos distantes comprimiéndolo con una y luego con otra alternativamente: ó bien se dirige contra el vientre el borde interno, ó las puntas de los dedos reunidos de una ó las dos manos, yendo del puvis para arriba y los lados para ver donde cesa la re-

sistencia que ofrece el útero ú otro tumor, y apreciar su tamaño, forma y consistencia.

La palpacion vaginal se practica con el dedo indicador de una ú otra mano, y raras veces con el indicador y el medio reunidos. En los primeros meses se acuesta á la enferma como acabamos de decir; en los siguientes se tiene parada contra una pared y separadas las piernas para adelante y los lados, algunas veces se ejecuta de los dos modos sucesivamente; se unta el dedo con una grasa, se coloca el observador á la derecha de la muger si se sirve del dedo derecho y al contrario, y se hinca una rodilla, si se ha de proceder estando parada; luego comprimiendo por el vientre el útero con la otra mano para atrás y abajo para fijarlo, se lleva el dedo sin levantar la ropa, hasta el periñéo, y se trae su punta poco á poco á la entrada de la vagina; allí se detiene en examinar lo que se desea conocer, si no ha de pasar el exámen de la vulva; ó se va introduciendo gradualmente en la vagina en direccion oblicua para atrás y arriba, deteniéndose en el punto que debe reconocerse, á no ser que deba llevarse hasta el cuello del útero, pues entonces, luego que se ha introducido oblícuamente la mitad del dedo, se endereza y lleva directamente para arriba hasta encontrarlo, y se recorre segun la clase de exámen que deba hacerse; por último, si se necesita tocar el feto, se introduce el dedo dentro del cuello uterino, para lo cual es preciso muchas veces introducir dos dedos en la vagina. Por lo que hace á los otros dedos se colocan de dos maneras, segun que se reconoce el plan posterior de la escavacion, ó el anterior: en el primer caso se dejan estendidos contra el periñéo que se empuja con ellos para arriba para alcanzar mayor profundidad; en el segundo, se doblan sobre la palma de la mano, que se vuelve para el puvis.

§ VI.

Percucion.

Es otro modo de esploracion por el cual percibe el oido el carácter del sonido que se produce golpeando con la punta de uno ó de mas dedos reunidos de una mano, otro

de otra mano puesto de lleno sobre la parte que se quiere examinar ,y tambien la resistedcia que esta ofrece.

El vientre en su estado natural da un sonido claro con la percucion, por los gases que hay en los intestinos que lo llenan, si no es arriba del puvis, cuando la vegiga está repleta de orina, que lo da apagado: esto sentado, cuando el útero crece, como que desaloja los intestinos para atrás, produce tambien el sonido apagado, y percutiendo del puvis para arriba y para los lados, hasta que comience á percibirse el sonido claro, se conocerá tanto mejor la elevacion del útero, su inclinacion y su forma, cuanto mas ejercitado se esté en esta especie de èsploracion.

Este medio se combina casi siempre con la palpacion y la inspeccion.

§ VII.

Medicion.

Este es otro medio por el cual se toman las dimensiones esactas de una cosa. Rectifica los errores de la vista. Exige algunos instrumentos.

En Obstetricia se aplica para medir los diámetros de la pelvis y del feto: al tratar de las estrecheces y deformidades que suele padecer esta parte del esqueleto, daremos las reglas que se deben observar para sacar fruto de este medio y haremos las aplicaciones correspondientes.

§ VIII.

Razonamiento.

El razonamiento es el complemento indispensable de los medios que preceden para formar definitivamente el diagnóstico: es el que constituye lo que se llama *tacto médico.* Consiste en pesar, comparar y reunir en el pensamiento los datos que suministran los otros medios para formar con ellos un diagnóstico *directo*, ó para eliminar las enfermedades cuyos síntomas no nos han suministrado, formando así un diagnóstico por *esclusion.*

Se infiere de aquí que los datos que proporcionan los

otros medios son esenciales para que sea fructuoso el razonamiento, que se necesita una buena lógica, un genio observador y reflexivo, para sacar provecho de la propia práctica, un estudio profundo de los casos que se presentan á la observacion y de los autores de la materia en donde están consignados los resultados de la esperiencia de los siglos, y sobre todo un desprendimiento y una abnegacion decidida para acertar á variar un juicio ya formado, desde el instante que se presente un hecho, un signo ó una razon en sentido contrario, atendiendo á lo sujetos que estamos á equivocarnos, y á que de ahí parte la resolucion que se toma para obrar en bien ó en mal del doliente: por último, siendo el razonamiento el medio mas difícil, es preciso ejercitarlo. "Ver mucho y ver bien, leer mucho y leer bien," como dice un hábil cirujano de nuestra época, y consultar á quien sabe mas, es lo que forma la verdadera esperiencia.

———o———

CAPÍTULO SEGUNDO.

Diagónostico de la gestacion.

ARTÍCULO PRIMERO.

Distinguirla de otras afecciones.

Se dice que cuando el coito es seguido de fecundacion, tiene la muger una sensacion mucho mas voluptuosa que la ordinaria, y un estremecimiento mas fuerte y general, y que no siente que salga algo de la vagina; despues vienen horripilaciones y cólicos y un calor marcado se esparce por el vientre: luego se nota que la menstruacion se ha suspendido, sobrevienen *efélides* (vulgarmente paño), desgano, náuseas, vómitos, gustos depravados, incomodidades en la orina, estreñimiento, hinchamiento de los senos, haciéndose el asiento de picoteos y aun de dolores fuertes, se hace saliente el pezon, se colora la aureola, hay *Kyesteina* en la orina, el vientre se deprime entre el ombligo y el puvis, el útero crece

poniéndose pesado, ancho, fijo y resistente, descendiendo de su lugar é inclinándose de modo que el cuello está caido y desviado para adelante y el lado izquierdo, el orificio se redondea y se ablanda; desde el fin del tercer mes, deja de estar fijo y caido el útero, siguiendo su crecimiento del puvis para el estómago, el cuello se va alzando, acortando y dirigiéndose para atrás, sin dejar de inclinarse para el lado izquierdo, sigue aumentando el reblandecimiento y el ensanchamiento del hocico, adelante del cuello hay un tumor blando y fluctuante algunas veces y otras duro y redondeado, se produce el *baloteo*, se perciben las desigualdades que forma el feto por el vientre, los movimientos que ejecuta, los latidos de su corazon y el ruido placentario; el vientre sigue el desarrollo del útero, formando un tumor redondeado, saliente por delante y deprimido por los lados, que va creciendo del puvis para el estómago, se produce un sonido apagado en él, el ombligo va ensanchándose hasta sobresalir mucho, en la piel del vientre y de los senos se forman grietas; al fin del embarazo hay escurrimiento de mucosidades por la vulva y de leche por el pezon, la respiracion es dificultosa, son mayores las incomodidades de la orina y el estreñimiento, se forman almorranas, hinchamiento de las venas de las piernas é hidropesías, vienen dolores de riñones, dificultad para andar, cólicos y otras incomodidades.

Este es el conjunto de síntomas que presentan las embarazadas, es preciso examinar el valor de cada uno.

1º Las sensaciones que acusan algunas mugeres, asegurando que distinguen el coito fecundante del estéril, tiene algo de cierto; pero son tan vagos estos síntomas, así como las horripilaciones y los cólicos que los siguen, que no es fácil averiguar el momento en que comienza la gestacion en la mayoría de los casos.

2º *Supresion de la menstruacion.*—La suspension de la menstruacion es un efecto constante del embarazo; pero para que sea un signo seguro, debe venir en una muger sana, sin causa averiguada y sin que se siga alguna enfermedad; y como son muchas las causas que suprimen este flujo, es necesario informarse sobre todas las circunstancias pasadas y presentes de la muger que

se examina para ver el valor que tiene en tal caso: además, en algunas jóvenes recien casadas, se suspende repentinamente la menstruacion, sin otra causa que la revolucion que trae el matrimonio en los órganos genitales, y hay abultamiento de vientre y de las mámas; y á los pocos meses vuelve el flujo y entra todo al órden, sin haber embarazo: al contrario, se dan casos en que á pesar del embarazo, siguen las reglas presentándose en los cuatro primeros meses y aun en el quinto y sesto, aunque rara vez, y mucho mas en el sétimo y siguientes: se concibe pues lo delicado de este punto, para emitir una opinion. Por último, las mugeres que nunca menstruan, y las que se les suspende el flujo durante la lactancia pueden hacerse embarazadas. Tampoco sirve este signo negativo para saber el momento de la fecundacion, pues puede ser dias despues de la última menstruacion, ó pocos dias antes de que se suspenda, es decir, casi un mes de diferencia.

3º *Cambios de las mámas.*—Las modificaciones de los senos en las primerizas, son signos muy probables de preñez: en las que ya han sido madres no desapareciendo el abultamiento de los senos, y del pezon, el amoratamiento de la aureola y el círculo mosqueado de que ya hemos hablado, no es fácil averiguar si los que se observan son de un nuevo embarazo: ya hemos dicho tambien que no en todas las embarazadas se presentan: y por último, en algunas no embarazadas se manifiestan claramente varias alteraciones en estos órganos: es preciso pues reunirlo con otros signos para sacar fruto de él.

4º *Kyesteina.*—En nuestra época vuelve de nuevo la orina á suministrar signos para diagnosticar la preñez. Puesta en un vaso la orina de una embarazada en reposo y en buena luz, despues de enturbiarse y limpiarse sucesivamente como de ordinario, comienza á los dos ó tres dias, algunas veces antes ó despues, á formarse una película blanquecina en la superficie que va engruesándose y reponiéndose á proporcion que se va á fondo en pedazos, y cubriéndose de unos puntos brillantes y cristalinos; este cuerpo que no es soluble en una mezcla de jabon y amoniaco, como el moco, ni en el alcohol ó el eter, como

la grasa, lleva el nombre de *Kyesteina*. Se observa en el embarazo desde el segundo ó tercero mes hasta el sétimo ú octavo aunque no siempre, y en algunas enfermedades: de modo que en una muger sana, es un buen signo; pero no todas las veces que deja de encontrarse falta el embarazo.

5 º *Forma del vientre.*—El vientre se hincha en las primeras semanas por una acumulacion de gases en los intestinos, y luego se adelgasa y aplasta por delante por el descenso del útero, al tercer mes comienza á notarse sobre el puvis un entumecimiento que sigue creciendo hasta el término de la preñez: la forma que toma el vientre es muy especial, es globuloso y prominente en la línea media, y por los lados aplastado. Este aspecto del vientre es signo casi seguro de embarazo. En la hidropesía de vientre, es muy ancho en todos sentidos si está parada la enferma, y si acostada es aplastado por arriba y ancho por los lados, y poniéndose boca arriba, los intestinos, que siempre sobrenadan á la agua, dan á la percucion un sonido claro, miéntras que cuando está lleno el útero, quedan atrás, y no se produce sino el sonido apagado: se hunde con facilidad la mano en el vientre, mientras en el embarazo opone el útero una fuerte resistencia; por último, hay una *fluctuacion* manifiesta que no existe en las embarazadas. En un *quiste* del útero ó del ovario (scirro) han pasado muchos meses y aun años de padecimientos antes que comience á ser preceptible el tumor que forma y crece con mucha lentitud:. en una señora se presentaba en el vientre bajo un tumor duro, circunscrito, elevado hasta cerca del hombligo, ofreciendo por el estrecho superior una superficie ancha, el cuello era muy corto y blando, habia punzadas en los pechos, de donde se esprimia alguna serosidad; pero llevaba doce ó catorce años de sufrir atroces dolores, flujos muy variados, fiebre de consuncion, tinte amarillo de la piel &c., que no permitian vacilar entre la gestacion y un enorme cáncer del útero. El *meteorismo* parcial (aventamiento), se distingue del embarazo en el sonido claro que da á la percucion la parte del vientre en que se forma, su corta duracion y los dolores ó á lo menos la grande incomodidad de vientre que ocasiona.

6º *Salida del hombligo, grietas.*—Los tres primeros meses del embarazo está sensible el hombligo y hundido para atrás y abajo; luego vuelve á su lugar: desde el cuarto mes se va elevando su centro, estando borrado el sétimo: los dos siguientes está saliente y dirigido para abajo. Este signo es de un gran peso, aunque suele presentarse en algunos otros grandes tumores del vientre. Las grietas morenas abajo del hombligo, son de un gran valor para el diagnóstico de la preñez.

7º *Cambios del cuello y parte inferior del útero.*—Ya hemos visto que en los tres primeros meses de la gestacion está caido el cuello del útero, é inclinado para adelante y el lado izquierdo, y que el orificio comienza á reblandecerse y á abrirse. La parte contigua del cuerpo del útero agrandada y encajada en la escavacion, impide que se le pueda llevar á uno ú otro lado, como se hace en el estado natural, y hace que se sienta muy pesado: estos signos indican bastante el estado de preñez; pero no hay que equivocarse con un descenso del útero, ni con el aumento que toma durante la menstruacion en ciertas mugeres, en cuyos casos es necesario encontrar otros signos de preñez, ó repetir el exámen despues de algunos dias: tampoco se tomará otro tumor que pueda haber en la escavacion por el útero lleno, pues entonces está desviado al lado opuesto, y se siente la línea de separacion entre los dos: una degeneracion del útero no forma tumor liso, igual y redondeado como el embarazo, sino irregular, desigual y doloroso por lo comun; por fin, la presencia de una mola, es muy dificil al principio distinguirla del estado que tratamos; en estos casos, raros á la verdad, es preciso reunir otros signos, para asegurar la preñez. Al cuarto ó quinto mes que comienza á elevarse el útero sobre el puvis, queda libre en la escavacion, y por el vientre es difícil circunscribir su volúmen: para conseguirlo no hay mas que llevar un dedo á la parte del útero anterior ó posterior al cuello, y hundir la otra mano en el vientre sobre el puvis para encontrar el fondo del útero, así se aprecia su volúmen y se puede hacer una especie de dislocacion en masa, empujando el fondo con la mano para que el dedo perciba el choque, y al contrario. En los meses siguientes no interesan los signos que presta el cuello y las partes

inmediatas sino para conocer la época de la preñez, como verémos luego.

8 º *Balotéo.*—Este signo consiste en percibir en la punta del dedo recto é inmóvil, un choque brusco pocos momentos despues de empujar repentinamente para arriba y adelante la parte del feto que alcanza, dependiendo de que flotando el feto en las aguas y dislocándose al impulso que se le da para el fondo del útero, cae luego por su peso. Para percibirlo mejor es conveniente palpar á la muger estando parada, llevar el dedo delante ó detras del cuello donde es mas delgado el útero y se encuentra un tumor duro y globuloso, voltear la yema para el puvis doblados los otros dedos, y dar el golpe de atrás para adelante y arriba en la direccion del eje del estrecho superior: algunas veces es necesario acostar á la paciente. Este signo se obtiene desde el cuarto mes hasta el octavo, antes no es posible porque es muy pequeña la cabeza del feto, y de bastante grueso el útero, ni despues porque la parte del feto no abandona al dedo y en el noveno se encaja en la escavacion. Antes del cuarto mes, es posible obtener el balotéo por el vientre, acostando á la muger de lado, llevando el dedo á la parte del vientre que queda debajo y dando allí el choque. Es un signo seguro de preñez, no obstante que el Sr. Casseauz lo ha encontrado en una muger no embarazada que tenia un cálculo en la vegiga de la orina. Algunas veces no se deja percibir cada vez que se quiere: hay posiciones del feto en que no se puede ejecutar por no alcanzarse, tales son aquellas en que queda la pelvis ó un lado del tronco del feto del lado del estrecho, á no ser que venga un codo, una mano ó un pié á quedar libre debajo, pues entonces se consigue percibir un choque pequeño.

9 º *Movimientos activos del feto.*—Desde los cuatro meses y medio de la gestacion comienzan á sentir las embarazadas los movimientos de su hijo, aunque hace tiempo se contraen sus músculos: al principio se manifiestan por un ligero cosquilleo, despues son mas marcados: es un resbalamiento de un lado á otro de todo el feto, ó el movimiento de una de sus partes, que producen desigualdades visibles por el vientre, y choques que molestan á la muger. Este es un signo evidente de preñez; pero pudiendo

ser tomado el movimiento de los intestinos, ó los latidos de una arteria, por movimientos fetales en una muger que desea tenerlos, consiguiendo otras, que quieren simular la preñez, dar ciertos movimientos á las paredes de su vientre, y negando otras, que piensan ocultarlo, sentirlos, es preciso percibirlos para estar cierto de lo que se trata: para esto se coloca una mano de lleno en un lado del vientre, y con la otra se dan golpecitos en el otro lado, pronto se sentirá el choque si hay feto dentro. En algunos casos no son sentidos.

10 *Pulsaciones del corazon. Soplo placentario.*—El signo mas seguro que se tiene de la preñez, es el de los latidos del corazon del feto, manifestados por un ruido semejante al del balancin de un relox envuelto en un lienzo, trasmitido á la oreja del observador por la espalda del feto, el grueso del útero y de la pared del vientre, y por el hueco del estetoscopio: cuando se rota la bolsa de las aguas en el parto se oyen mas cercanos y mejor. Se encuentra en las inmediaciones del hombligo; pero antes del sétimo mes, que puede el feto cambiar de lugar, es muy variable el punto de su mayor intensidad, de donde se estiende como centro disminuyendo de intensidad á un círculo mas ó menos grande. Los latidos del corazon del feto indican evidentemente la existencia de la preñez; por desgracia no se perciben antes del cuarto ó quinto mes, aunque algunos aseguran haberlos encontrado antes, y varias causas impiden oirlos; así sucede cuando la espalda del feto ve para atrás de la madre, cuando hay mucha cantidad de agua del Amnios, cuando se interpone algun intestino entre la pared del vientre y el útero, y en otras circunstancias.

Por lo comun hácia el lado derecho de la parte inferior del vientre, se oye desde un poco antes que el ruido anterior un soplo mas ó menos fuerte á cada latido del pulso de la madre, que se llama *soplo placentario* ó *uterino.* Se le oye hácia los lados y parte inferior del vientre, ó hácia el fondo del útero: en un solo punto para ir disminuyendo á lo lejos, ó se oye fuerte en dos ó mas puntos: cambia con frecuencia de lugar, desaparece por intervalos mas ó menos largos: su intensidad y timbre son variables; unas veces es tan débil como el zumbido de un

tábano y otras tan fuerte como el soplo de un fuelle, unas veces es un ruido corto y seco, otras es prolongado y aun continuo con exasperaciones correspondientes al pulso, otras es un silbido, la imitacion del sonido de una cuerda de bajo, del arrullo de la tórtola: yo he oido, alternando con el soplo ordinario, un sonido musical de los descritos por el Sr. Bouillaud para las arterias, en una embarazada de ocho meses. El soplo placentario se oye en algunos tumores del vientre, pero cuando se está seguro de la salud de la muger, constituye un signo cierto de gestacion. Se le ha oido tambien despues de espulsado el feto y aun la placenta.

11. Por fin, las efélides, el desgano, los gustos depravados, la salivacion, los vómitos, las incomodidades de la orina, el estreñimiento, el estravío de las facultades afectivas é intelectuales, y otros achaques de las embarazadas, que pronto tratarémos, no obstante que no se observan en todas, y al contrario se presentan en muchas enfermedades, cuando se reunen á otros signos, ayudan mucho para el diagnóstico de la preñez. Lo mismo sucede con la mayor salacidad que adquieren unas y la indiferencia por los placeres del amor que se apodera de otras.

Resulta de todo lo espuesto que en los primeros meses de la gestacion, solamente reuniéndose muchos de sus síntomas, se puede estar seguro de ella, y que desde el cuarto mes en adelante, no es fácil equivocarse ya.

ARTÍCULO SEGUNDO.

Conocer las circunstancias del embarazo.

Ahora debemos ver si se puede diagnosticar el tiempo que ha pasado desde la concepcion hasta el dia de la observacion, la preñez gemelar y la extra-uterina. El diagnóstico de las posiciones del feto respecto de la madre, sus padecimientos dentro del útero ó su muerte, el lugar de insercion de la Placenta &c., no son todavía de este lugar.

§ I

Periodos de la gestacion.

Una vez reconocida la gestacion, no hay mas que recordar lo que hemos dicho sobre los cámbios que sufre el útero en este estado para diagnosticar el tiempo trascurrido despues de la concepcion; sin embargo, no olvidando que la preñez gemelar y la hidropesía del Amnios, aceleran el crecimiento del útero, y que en algunas mugeres por su conformacion lo retardan; reasumirémos.

En los primeros meses está el vientre enanchado, hundido el hombligo, el útero caido, mas ancho, fijo y pesado, el cuello bajo, dirigido para adelante y la izquierda, grueso arriba y delgado en la punta, que está reblandecida, el hocico circular y entreabierto en las primerizas, mas abierto y desigual en las que ya han parido; se hinchan los senos y duelen, y hay náuseas y vómitos.

Al tercer mes persisten estos síntomas, sobresale un poco el vientre arriba del puvis, vuelve el hombligo casi á su estado natural, se colora la aureola y hay Kyesteina en la orina. Al fin, está el fondo duro del útero al nivel del estrecho superior, echándose de ver, cuando está vacía la vegiga, y se emplea la palpacion por la vagina y el vientre, para producir la dislocacion en masa.

Al terminarse el cuarto mes, está el fondo del útero á cuatro dedos arriba del puvis, se nota sensiblemente un sonido apagado en esa parte, el cuello se eleva y se dirige para atrás, el hocico está mas reblandecido y deja penetrar la pulpa del dedo en las que ya han parido, se produce el balotéo, hay soplo placentario y pulsaciones del corazon del feto, que ejecuta movimimentos.

Concluyendo el quinto mes, el útero está casi llegando al hombligo, el tumor que forma por el vientre es redondeado y saliente para adelante, por lo comun se sienten las desigualdades del feto: el cuello parece acortado una tercera parte, cesan los vómitos ordinariamnte.

En el sesto mes está el útero un poco sobre el hombligo que comienza á enancharse, los movimientos del feto y sus desigualdades son muy notables, hay en la parte

superior y anterior de la vagina un tumor ancho, el cuello parece reducido á la mitad de su largo, su reblandecimiento casi llega á la mitad de su longitud, en el hocico penetra el dedo hasta el nacimiento de la uña en las que ya han parido, en las primerizas sigue cerrado, aparecen las manchas mosqueadas en los senos.

En el sétimo está el fondo del útero á tres ó cuatro dedos arriba del hombligo é inclinado para la derecha; el baloteo, el soplo y los latidos del corazon del feto son muy claros, el hombligo sobresale, hay numerosas grietas en el vientre y los senos, y escurrimiento de leche y de flujo blanco.

En el octavo el útero está á cinco ó seis dedos arriba del hombligo, el cuello está reblandecido en toda su parte que entra en la vagina, es ovoidéo en las primerizas y ancho de abajo en las que ya han parido, donde está muy dilatado.

Al principio del noveno toca el útero en el estómago, ó el borde derecho de las costillas, en las que ya han parido se cae para adelante por la flojedad de las paredes del vientre, todo el cuello está reblandecido con escepcion del orificio superior que comienza á abrirse.

Para averiguar despues de un aborto la época del embarazo en que se verifica, se buscarán minuciosamente el feto y sus anecsos, se verá el desarrollo a que han llegado y los caracteres que presenten, y segun lo que hemos dicho en otra parte sobre esto, se conocerá lo que se busca. Este es uno de los pocos motivos que nos han obligado á tocar la embriología.

Proximidad del parto.—Los signos que indican la proximidad del parto se llaman *precursores* de él. Lo primero que se nota es que el útero desciende un poco del hueco del estómago á que llega en el noveno mes ensanchándose el vientre: luego disminuye la ansiedad haciéndose mas libremente la respiracion, cesan los vómitos y se hace mejor la digestion, la porcion inferior del útero desciende tambien principalmente su parte anterior, engastándose en la escavacion con la cabeza del feto, cuando viene por delante, por lo cual hay un peso incómodo en el ano, dificultad de ir al comun, ganas frecuentes é ilusorias de mear, lo que se hace con dificultad, abundantes mucosida-

escurren por la vulva, las almorranas y la hidropesía de las piernas, causan una grande molestia y aun dolores fuertes, es penoso y aun imposible el andar, por el aflojamiento á que llegan las sínfisis de la pelvis, por fin, la leche está mejor formada y es fácil esprimirla de los pechos; por otra parte, en esta época, se toca la bolsa de las aguas, ha desaparecido en las primerizas el cuello, confundiéndose con el cuerpo del útero, y encontrandose solamente muy atrás un agujero de bordes delgados, cuyo orificio inferior es estrecho: en las que ya han parido, queda un rodete grueso todavía; pero el orificio es muy amplio aun abajo: en todas se presentan torsones cortos al principio, que vuelven despues de un largo rato, haciéndose gradualmente mas largos y acercados, y si entónces se observa de cerca, se ve que durante el dolor, el útero se contrae y se endurece, y si no es el primer embarazo que la bolsa se endurece tambien, y se engasta entre los labios del hocico de tenca: dentro de unos momentos se relaja el útero y toma el vientre su suavidad habitual hasta un nuevo torson; estas son verdaderas contracciones del útero, que se prepara á las muy violentas que tiene que ejecutar en el parto: algunas veces no son dolorosas, y solo se echan de ver palpando á la paciente. Estos síntomas precursores se anticipan al parto de cinco á quince dias, algunas veces mas, y así sucede á las primerizas generalmente: no son un sufrimiento inútil, pues comienzan á adelgazar y dilatar el orificio uterino: por eso se nota que cuanto mas molestia han causado estas contracciones precursoras, tanto mas fácil es el parto. Por lo demas, averiguando la época en que se verificó la concepcion, no ateniéndose solamente á la supresion de las reglas, como ya sabemos, para contar nueve meses poco mas ó ménos, se conoce si se trata de un parto á término, ó prematuro, ó de un aborto.

§ II.

Preñez gemelar y extra-uterina.

1.° En el mayor número de casos de preñez gemelar se desarrollan los fetos de cada lado del útero, y entónces es fácil diagnosticarla: está mas voluminoso el vientre de

lo ordinario, en la época que se examina, lo cual solo puede ser en este caso y en la hidropesía del Amnios: es aplastado y aun hundido de adelante, en lugar de ser prominente, está saliente de los lados, los pequeños movimientos de los miembros que forman eminencias y causan incomodidad, son percibidos en dos puntos diferentes, y los latidos de los corazones se oyen fuertes en dos puntos distantes, es decir, que de un punto que son intensos van disminuyendo de energía, que vuelven á adquirir en otro punto lejano; suele notarse la falta de *isocronismo* mutuo de las dos series de pulsaciones, sin pertenecer una de ellas á la circulacion de la madre, como puede verificarse pulsando la madre al tiempo de auscultarla: si las cabezas de los fetos están para arriba, es muy ancho el fondo del útero y al contrario: si uno viene de piés y otro de cabeza, hay dos depresiones en el vientre y dos eminencias una arriba y otra abajo. Cuando los fetos están uno delante de otro no son marcados estos últimos síntomas; pero esto es raro. Recuérdese que puede estar muerto uno de los fetos. Se han podido distinguir dos bolsas de las aguas sobre el cuello (Duges): unas veces se reconoce una parte de un feto dentro de él; entonces no se puede practicar el balotéo, por impedir el otro la ascension de la parte, á no ser que haya mucha agua del Amnios: otras, estorbándose mútuamente para descender lo bastante, no alcanza nada el dedo; este signo negativo pertenece tambien á la preñez simple, cuando no viene la cabeza para abajo.

Despues de un aborto, ó de un parto, se ve que la pequeñez del producto de la concepcion y la cantidad del agua del Amnios espulsada no corresponden al volúmen del vientre; que el cordon que sale pulsa con violencia y cuando se corta vierte mucha sangre, el vientre queda elevado, se sienten en él algunas veces las desigualdades de otro feto, y por último, se reconocen otra bolsa, una parte de otro feto y en una palabra los signos de un embarazo distinto.

2º No es posible al principio distinguir la preñez extra-uterina de la ordinaria, y aun sucede que pasa desapercibida. Nada ofrecen de particular el útero en su situacion, tamaño y forma, ni las náuseas, los vómitos &c.:

la menstruacion se suspende ó persiste, cambian los caractéres de las mamas ó no sufren alteracion, y los dolores en la pelvis, una íngle ó el hombligo y otros síntomas, son muy vagos.

A una época mas avanzada presenta sus dificultades el diagnóstico: hay un dolor fijo y constante en la pelvis, una íngle ó el hombligo que imposibilita acostarse de lado, y si el tumor formado por el producto de la concepcion cae á la pequeña pelvis, empuja al útero sobre el puvis, de modo que se encuentra el cuello muy alto y para adelante, y detras un tumor ancho, hay dificultad de mear y de escretar. Estos síntomas, si no se examinan con cuidado, pueden atribuirse á una *retro-version* del útero.

Mas tarde aparece un tumor á un lado y arriba del puvis, y en muchos casos dos, uno formado por la bolsa que encierra al feto y otro desviado que lo constituye el útero, que se encuentra vacío, notándose la línea de separacion; en la preñez de la cavidad del vientre está el feto mas superficial, los movimientos del feto son mejor sentidos y dolorosos, se distinguen fácilmente sus partes, el tumor no es globuloso ni circunscrito; en las variedades que crece en la pelvis el feto, se encuentra el cuello del útero inclinado para el lado en que se forma el tumor ó no se alcanza; este es ancho, menos resistente, pues permite reconocer las partes del feto; las incomodidades de orina y de escrecion del recto son muy molestas.

Por último, cuando pasa mucho tiempo sin terminarse el embarazo, y se han presentado á épocas regulares el conjunto de síntomas de parto por tres ó mas dias, sin resultado, como dijimos en su lugar, se sigue la formacion de la leche y el crecimiento del tumor, con las incomodidades consiguientes, creo que no debe caber duda alguna sobre este particular.



APENDICE
A LA PRIMERA PARTE.

En este artículo nos proponemos dar á conocer los accidentes que sobrevienen frecuentemente á las mugeres con motivo del embarazo, porque lo que precede supone que deben conocerse muchos de ellos y mas tarde debemos ver cómo modifican mas ó menos gravemente el parto, al cual se parecen algunos, y porque es preciso se ocurra á cada uno con la eficacia necesaria.

Las enfermedades del feto dentro del útero, no teniendo todavía para él interes práctico alguno, causando en el parto algun accidente á la madre ó constituyendo un obstáculo á su terminacion, y estando la mayor parte arriba de nuestros alcances, las pasamos en silencio aquí dejando las importantes para otro lugar.

§ I.

Efélides.—Lamparones.

Conocida vulgarmente bajo el nombre de *paño*, esta afeccion aparece, principalmente en la cara, bajo el aspecto de unas manchas de tamaño y figura variables, que todo el mundo conoce. Se notan desde los primeros dias del embarazo. Unas veces desaparecen con el parto y otras duran despues de mucho tiempo de verificado. No hay medios seguros con que hacerla desaparecer.

§ II.

Alteraciones de la digestion.

La inapetencia y el horror por los alimentos es síntoma muy comun en las embarazadas. Reconoce muchas

causas: cuando depende de la correspondencia entre el dúero y el estómago que se manifiesta cuando aquel pa etce, no se vence por nada, principalmente para las carnes: cuando depende del estreñimiento que acompaña á los embarazadas, es preciso combatir este síntoma: y cuaand viene por otras causas, pertenece el caso al médico.

Los gustos depravados son una perversion que acompaña con frecuencia al síntoma anterior y que el vulgo quiere se satisfagan á todo trance. llamándolos *antojos*. No hay inconveniente en acceder á la satisfaccion de estos apetitos, cuando no resulta un mal á la salud; pero, no es prudencia hacerlo en caso contrario, como cuando qnieren una cantidad excesiva de aliment, ó tierra carbon, cal de las paredes, pimienta, chile &c.

Una abundante salivacion mortifica tambien á las embarazadas en los primeros dias, que por sí sola cesa; pero no siendo así, se les dará á beber una infusion de tilia, azar ú otra aromática, sola ó con magnesia, un poco de ruibarbo, ó se les hará traer en la boca un pedazo de azucar candi ó de goma.

Los agrios, las acedías, los calambres del estómago y otros síntomas de esta clase, que tambien padecen muchas embarazadas, se alivian con magnesia, carbonato de sosa, pastillas de Vichy, y otras medicinas mas enérgicas.

Las náuseas y los vómitos son tan frecuentes desde los primeros dias del embarazo, que para las que ya han parido son un signo seguro de que lo tienen: otras veces no aparecen hasta el tercero ó cuarto mes: otras, presentándose en los primeros dias, desaparecen luego para volver en los últimos. En algunas no se presentan estas incomodidades.

Reconocen por causas, como el desgano, varios motivos: cuando no dependen de enfermedad anterior ni son ocasionadas por una inflamacion provocada del setómago, son debidos á una relacion desconocida en su esencia entre el útero y el estómago que los hace corresponderse, y en los últimos meses, á la falta de lugar que quedan en el estómago á los alimentos por el crecimiento del útero.

En lo general no duran estos síntomas mas que seis ú ocho semanas. Se presentan por las mañanas ó en todo el dia, ó lo que es muy frecuente, despues de una de

las comidas: parece ridículo decirlo, pero muchas mugeres por la intensidad de los vómitos han podido predecir el secso del feto. Las materias vomitadas son mucosidades mas ó menos abundantes ó alimentos. Algunas mugeres se enflaquecen mucho por no quedarles nada en el estómago con que poder nutrirse, otras por la violencia de los vómitos abortan, otras quedan con dolores de cabeza, alucinaciones. Se asegura que algunas mueren.

Lo que importa ante todo para llevar el remedio á estos males, es ver que no haya calentura, que no esté roja la lengua ni muy sensible el estómago, es decir que no haya inflamacion, pues esto exige un plan curativo bien dirigido. Sino es así, y son ligeros los vómitos, basta una infusion de té, tilia ú hojas de naranjo: si sobrevienen despues de una de las comidas, es necesario hacer que la embarazada tome buenos alimentos en las otras horas de comer, y que en la que es seguida de ese síntoma, no tome alguno ó que sea muy ligero: si dependen del estreñimiento se atacará esta causa como vamos á decir; pero si se presentan síntomas alarmantes, se hará consultar á un médico.

El estreñimiento es otra incomodidad de las embarazadas muy frecuente. Depende de la compresion que ejerce sobre el intestino recto el útero abultado. Mantiene en mucha parte el desgano y las demas alteraciones de la digestion, y la acumulacion de los escrementos es una de las causas de la *retroversion* del útero y del aborto. Se le combate con lavativas grandes de cocimiento de malvas con un poco de aceite de ajonjolí incorporado con una clara de huevo, ó con otras semejantes, ó si persiste con rebeldía, administrando un ligero purgante, bien que un profesor verá cuál conviene.

§ III.

Almorranas.—Varíces.

Las *hemorroides* (almorranas) y el hinchamiento de las venas de la vagina y de las piernas, llamado ***varíces***, que padecen muchas embarazadas en los últimos meses, reconocen por causa la misma compresion del útero sobre

las venas de la pelvis que no deja recibir la sangre que viene debajo. Para aliviar las incomodidades de las almorranas es necesario combatir primero el estreñimiento por los medios apropiados; luego se harán tomar medios baños frescos, aplicaciones al tumor que forman, de cataplasmas ó lociones de malvas, linaza, adormideras ó lechuga, ungüento populeon, bálsamo tranquilo ó pomada de belladona; si son interiores ó si presentan síntomas alarmantes, es preciso medios mas enérgicos que sabe manejar el médico-cirujano.

En cuanto á las varíces de los miembros que causan temores, se debe aplicar una compresion igual sobre todo el miembro.

§ IV.

Incomodidades para mear.

Los trastornos que sufre el acto de mear en las embarazadas, son ocasionados, como ya sabemos, por la compresion del útero agrandado ejercida sobre el cuerpo ó en el cuello de la vegiga. En el primer caso hay frecuencia de mear, y en el segundo al contrario, retencion de orina mas ó menos completa, que no puede durar muchas horas, sin que se inflame ó rote la vegiga. Para oponerse á estos padecimientos se acostará boca arriba á la enferma y aun se pondrá la pelvis mas alta colocándola sobre una almohada; pero si no se consigue el objeto y se trata de la retencion, se levantará el útero con dos dedos llevados á la vagina, de la parte anterior del estrecho para que dé paso libre á la orina, ó se emplearán otros medios de cirugía, que obvien los terribles accidentes que sobrevienen de la inflamacion y rotura de la vegiga que tendrémos ocasion de bosquejar.

§ V.

Grietas.—Escorsor de la vulva.—Leucorréa.

Las grietas del vientre y de los senos, que hemos descrito entre los cambios que sobrevienen á las embarazadas, producen ardores y comezones incómodos que es

bueno mitigar con baños tibios y aplicaciones de una grasa suave, como cerato de Galeno, aceite de almendras dulces, manteca simplemente &c.

Al principio de la preñez sobrevienen con frecuencia en los órganos genitales, comezones tan vivas algunas veces, que no se puede resistir á rascarse, inflamándose la vulva y resultando otras alteraciones. Nada hay mejor para esto, que los baños, las lociones con agua fria sola ó con végeto, la aplicacion de un lienzo fino empapado de aceite de almendras dulces, ó de agua de végeto. No es raro que esta incomodidad se estienda á toda la piel.

El escurrimiento blanco por la vulva, llamado *leucorréa* ó flores blancas que se presenta al fin de la preñez no es de gravedad; pero algunas veces es tan abundante en todo el embarazo, que produce un calor y escorsor insoportables en la vulva y los muslos, aparecen unas vegiguillas en esos puntos que se escorian é impiden andar, se trastorna la digestion y viene el enflaquecimiento. Los baños repetidos, las lociones continuadas con agua de végeto y la interposicion de un lienzo fino con una grasa, como en la anterior afeccion, mitigan esta, que en verdad solo desaparece con el parto.

§ VI.

Relajacion de las sínfisis pelvianas.

Tenemos ya manifestado que cuando está avanzado el embarazo, los ligamentos de las coyunturas de la pelvis se humedecen, y tienden á separarse una de otra las estremidades de los huesos que las forman. Esto pasa desapercibido en el mayor número de casos y lejos de traer inconveniente, es ventajoso para el parto; pero algunas veces, pasa de sus límites esta lacsitud. Hay un dolor fuerte en dichas coyunturas al comprimirlas, al andar, mover las piernas y aun en la estacion parada; parece que se desencaja el sacro para caer entre los muslos, y dándole movimiento á una pierna se siente la movilidad de los huesos iliacos, un chasquido particular y aun la línea de separacion de los puvis. Este mal absorve toda la atencion de las enfermas: en el parto se

las ve contener los dolores cuanto pueden: sigue molestando despues muchos meses y aun años: suelen inflamarse esas partes, ocasionando esto padecimientos vivos con calentura, cediendo despues, ó pasando á la supuracion que trae fistulas y aun la muerte: suelen tambien soldarse los huesos. El mas absoluto reposo conviene á esta enfermedad durante la preñez y una suave compresion con una venda que pase por los cuadriles para que no se suba al vientre; si persiste despues del parto, debe un médico combatir la inflamacion, evitar las supuraciones, aplicar la cintura de acero de Martin &c.

§ VII.

Dolores lombares, inguinales, ventrales.— Calambres.

Las embarazadas son mortificadas por dolores que tienen su asiento en los riñones y las ingles. En los primeros meses son síntomas de la *plétora* parcial del útero, ó los preludios de un aborto (véase estas afecciones): en los últimos meses, que son mas frecuentes, dependen de causas no bien fijadas; se alivian con baños, fricciones de aguardiente ó aromáticas sobre los riñones, y para los inguinales con la posicion acostada, y el sostenimiento del vientre con un vendaje ancho que pase por el puvis.

Atacan tambien en trechos pequeños del vientre otros dolores que se exasperan á la presion y al moverse sin que haya calentura: los baños, las unciones de aceite con láudano, ó de pomada de belladona los mitigan, mientras se destierran con el parto.

Los muslos y las pantorrillas son en las embarazadas el asiento de adormecimientos, hormigueos y aun calambres que molestan mucho. Es necesario mantener vacío el intestino recto con las lavativas y los purgantes que se prescriben en el estreñimiento, dar baños, aplicar aceites con láudano ó pomada de belladona, ó aguardiente alcanforado en la parte dolorida para mitigarlos.

§ VIII.

Dislocaciones del útero.

Las dislocaciones del útero son su caida, su retrover-

sion, su anteversion, sus latero-versiones, y su hernia.

La caida, descenso ó prolapsus del útero, se verifica en todas las embarazadas en los primeros meses acercándose el cuello á la vulva; pero no puede pasar de ciertos límites sin que resulten accidentes que están en proporcion del grado del descendimiento del útero y del volúmen á que ha llegado. Se precipita el útero hasta descanzar sobre el perineo, asomarse á la vulva y aun atravesándola, colgar entre los muslos; desciende tanto mas cuanto mas espaciosa es la escavacion y mas lacsos son los ligamentos del órgano, esto sucede cuando mucho antes del embarazo existe ya esta enfermedad.

Esta afeccion ocasiona pesantés en el ano y un estreñimiento que con nada se vence, pujo y dificultad para mear y aun retencion completa de orina, que inflama y aun rota la vegiga; tirones dolorosos en los lomos el hombligo y las ingles, imposibilidad de andar ó pararse, escurrimiento de flujo blanco mas ó menos hediondo y enflanquecimiento estremado: el útero se inflama; el aborto es muy fácil. Estos síntomas no son tan graves en los tres primeros meses, y si al aumentar de volúmen el útero se eleva hasta descanzar en el estrecho superior, cesan los desórdenes, y aun se cura radicalmente un decenso antiguo; pero si sigue el desarrollo en la escavacion, tocan á un grado de gravedad peligrosísimo, produciéndose los terribles desórdenes de la retencion del feto en la escavacion, que bosquejaremos en otra parte: en los casos raros de salida completa del útero impregnado al esterior, desarrollándose, forma al fin de la preñez un enorme tumor colgante entre los muslos que con el contacto del aire, el roce del vestido y los choques esteriores se altera mas ó menos gravemente entrando la muger en un enflaquecimiento estremo. Solamente la palpacion vaginal puede hacer conocer la caida del útero y distinguirla de las otras afecciones con quienes se confunde.

Cuando una muger padece esta enfermedad anticipadamente; se la tendrá acostada y con el vientre suelto enteramente y sin ligadura alguna desde que se hace embarazada hasta el tercero ó cuarto mes, con lo cual no solamente no aumenta el mal, sino que aun se consi-

gue la curacion radical: esto mismo se hará desde el momento que se note el accidente y aun se alzará la pélvis mas con una almohada, se combatirá la retencion de orina, como dijimos arriba: un purgante puede quitar el estreñimiento que no se vence con las lavativas; pero tambien puede agravar el mal. Si se hacen alarmantes los desórdenes consiguientes, á tiempo deberá practicarse el sondéo y muy principalmente atacarse la causa de ellos, colocando el útero en su lugar, y lo que es mas difícil todavia mantenerlo en él hasta el quinto mes. Es evidente que estas operaciones son objeto de la cirujía, así como disponer el vendaje conveniente al caso de cuando el útero crece entre los muslos.

Despues del parto debe quedar en su cama hasta dos meses una enferma que padece caida del útero.

La *retroversion* del útero no es mas que la ecsageracion de la inclinacion del fondo para atrás que hemos referido es consecuencia del embarazo en los primeros meses: aunque no es raro verla en los últimos. A consecuencia del peso de los intestinos, ó de escrementos acumulados en ellos sobre la parte anterior del fondo del útero, ó de un tumor adherido á la posterior de dicho fondo: ó de grandes esfuerzos para mear, escretar, vomitar ó alzar un objeto pesado; ó de un golpe en el vientre ó una caida para atrás, se cae mas el fondo del útero hasta ponerse á la altura del cuello que se va para adelante, y aun descender mas todavia. Vienen los síntomas que se refieren tambien á la caida del útero, y cuando por efecto del crecimiento del feto, y la inflamacion del útero, muy frecuente, se enclava el tumor que forma en la escavacion, llegan á un grado de gravedad muy sério, la estension de la vegiga por la acumulacion de la orina hace temer á cada momento su rotura, la compresion del recto es tal, que las lavativas no pasan del obstáculo, sino llevándolas por una sonda profundamente introducida, la enferma hace esfuerzos estraordinarios para escretar, que aumentan la retroversion, en fin, hay síncopes y sobreviene la muerte enmedio de mil angustias: en los meses siguientes, que está el útero fuera de la escavacion, no trae esta gravedad; pero en el parto, es causa de un

obtáculo para este acto ó de una viciacion en la posicion del feto, por un mecanismo que espondrémos en su lugar.

Solamente el tacto vaginal puede dar á conocer esta enfermedad y el grado á que ha llegado, haciéndola distinguir de las que se le parecen, pues se encuentra cerca de la entrada de la vagina un tumor ancho y liso, mas ancho por detrás que por delante: sin presentar el cuello en el centro, como en la caida del útero, sino en su parte anterior, detrás del púvis enteramente dirigido para adelante, y aun para arriba sobre la sínfisis puviana.

El enderezamiento del útero por la vagina y aun el recto, con los dedos ó con instrumentos apropiados, atender á los desórdenes, y en caso de mal écsito la provocacion del aborto tal vez, son de la jurisdiccion de un hábil cirujano.

La *anteversion* consiste en que se inclina el fondo del úteto para adelante y el cuello para atrás, pudiendo colocarse el órgano horizontalmente y aun colgar delante del púvis. Este accidente es raro en los tres primeros meses de la gestacion, y aun cuando se verifique, los esfuerzos y la acumulacion de escrementos ó de orina, en lugar de agravar el mal, como en la retroversion, tienden à enderezar el útero; en los últimos meses, que toma el útero la direccion del eje del estrecho superior, es cuando se observa mas frecuentemente, principalmente en las que ya han parido, que como sabemos tienen flojas las paredes del vientre, y en las que tienen el plano del estrecho mas inclinado para adelante que de ordinario. La forma del vientre indica en esta época el accidente, el cuello está muy atrás y no se puede alcanzar, pesando el útero sobre la vegiga y el púvis, hay frecuencia y dificultad de mear, dolores en el púvis, las ingles y los muslos, la salida para adelante del vientre no permite andar. En los primeros meses produce este accidente los referidos á los dos anteriores: en el parto, motiva con mas frecuencia los de la retroversion. Un vendaje ancho que abrace el vientre desde el púvis, y esté un poco apretado, ó la postura boca-arriba alivian á las enfermas.

La *lateroversion* derecha es mucho mas frecuente que la izquierda. Durante el embarazo no son de consecuencias; pero en el parto, vienen á producir un obstáculo, á viciar la posicion del feto y á ocasionar otros accidentes que dejamos para describirlos que se presente mejor ocacion. Basta la simple vista en los últimos meses para ver que el fondo del útero está cargado á un lado del vientre, que está desfigurado, el cuello está muy alto y desviado para el otro lado del de la inclinacion. Todo lo que hay que hacer es obligar á le embarazada, á que permanezca acostada sobre el lado opuesto al de la latero-version de que se trate, y en el parto tener presente lo que influyen para proceder en consecuencia. (1)

Hernia del útero, es algunas veces la anteversion, cuando estando abiertos por enmedio los músculos del vientre dan paso al útero hasta debajo de la piel; pero aquí se trata de ciertos casos de que hablan los Sres. Sabatier, Simon y otros, en que saliéndose la matriz vacía por una abertura que existe en la ingle debajo de la piel, se impregna y crece con el feto, formando al fin un enorme tumor. Un vendaje hecho á propósito es necesario para sostener el tumor durante la gestacion.

§ IX.

Reumatismo uterino.

Esta grave enfermedad es aquí tratada únicamente por la influencia que ejerce en la gestacion, el parto y el

(1) Con motivo de las dislocaciones del útero, no podemos pasar en silencio las reflecciones que desgraciadamente hemos hecho con frecuencia en la práctica, cada vez que se nos consulta por una inflamacion de útero, una hemorragia, un aborto, flujos blancos interminables &c., despues que ha sido sacudido y restregado el vientre, aplicado el amuleto llamado *muñeco* y el vendaje apretado correspondiente y todo lo demas que corona la obra. Desde luego se echa de ver por lo que decimos de las dislocaciones, que no siendo tan fáciles de conocerse, en muchísimos casos no han sido empleados medios tan bárbaros, sino contra una inflamacion ó principio de aborto que han venido á agravar, ó contra otras enfermedades parecidas que no permiten perder tiempo; que aun cuando hayan existido, con dichas maniobras se aumenta el mal que se tiene la *intencion* de curar, y se han producido los accidentes referidos arriba, cuyos resultados funestos no siempre puede el profesor, que al fin se consulta, evitar con sus medios racionales.

puerperio, y por la facilidad con que simularia un parto no teniéndose conocimiento de ella.

Se debe á los alemanes el fijar la atencion sobre ella. Se manifiesta aun cuando el útero no esté impregnado; pero principalmente en las embarazadas en cualquiera época de la gestacion y estando predispuestas al reumatismo en general: es producida por las causas que la ocasionan en los otros órganos, especialmente el aire frio y húmedo, que penetra con facilidad al vientre de las mugeres, ó la desaparicion repentina de un reumatismo de otra parte.

Sin sufrir violencia esterior alguna se pone mas ó ménos doloroso el útero, desde la simple sensacion de pesantéz hasta la punzada mas aguda, precediendo ó acompañándola un calosfrio; el dolor pasa de un punto de la matriz á otro y aun á un órgano distante, principalmente si de aquí habia desaparecido ántes: tiene ecsaservaciones variables en intensidad y duracion, con calentura ó sin ella, es decir, frecuencia de pulso, calor en la piel, animacion de la cara, sequedad en la boca, sed, agitacion é inquietud; y termina la ecsaservacion con un abundante sudor. En los intérvalos de calma, apenas queda una sensacion de pesantéz en el útero.

Es atacado todo el órgano, ó solamente el fondo, el cuerpo ó el cuello. En el primer caso es general el adolorimiento, aumenta por la presion, la contraccion de las paredes del vientre, y aun simplemente el peso del vestido; pero nada lo ecsalta tanto como los movimientos del feto: en los demas casos se limita el dolor á un punto arriba ó abajo del hombligo, segun la porcion enferma; por fin, cuando está afectado el cuello y sus inmediaciones, son muy dolorosos los tocamientos, hay tirones de los riñones para la pélvis, los muslos, el sacro ó la vulva, ganas frecuentes de mear, cuyo acto se ejecuta con pujo, dolores vivos y mucha dificultad, y ganas frecuentes y vanas de ir al comun.

Cuando el reumatismo uterino se prolonga, ó son violentas las ecsaservaciones, se promueven las contracciones uterinas, que pueden ser seguidas del aborto ó del *parto prematuro*, que son accidentes fatales para el feto y graves para la madre, sin embargo de que no es tan

inminente este peligro como parece, pues se ve abrir el cuello hasta 10 y 15 líneas (2 y 3 centímetros), formarse bolsa de las aguas &c., y luego borrarse ésta, recogerse el cuello y volver todo al órden.

El carácter vivo y tensivo del dolor del reumatismo que va aumentando y luego disminuyendo por grados, sin propagarse al cuello, ni guardar proporcion alguna con los progresos ordinarios de la dilatacion del cuello y formacion de la bolsa; la circunstancia de que ya existe, si es tiempo de parto, desde antes del endurecimiento del útero que acompaña á los dolores comunes, y hace á estos insufribles, y por último, la existencia de la estrema ansiedad de la calentura intensa &c., que no hay en el parto, harán que no se caiga en un error que traería funestos resultados, y ademas buscando nueva luz en el conocimiento de la época á que ha llegado el embarazo por el volúmen del vientre y los demas signos, se adquirirá la seguridad que es tan indispensable para obrar en provecho de la madre y de su hijo. Esta afeccion requiere una medicacion delicada.

§ X.

Hidrorrea.

Los alemanes tambien han dado á conocer bajo este nombre un flujo de agua por la vulva que presentan algunas embarazadas en los últimos meses, sin dolores de parto ni rotura de las membranas del feto, ni dilatacion del cuello uterino, que proviene de entre el útero y las membranas donde se forma y acumula hasta que se abre paso. Estando la embarazada en buena salud, y sin causa, se siente repentinamente mojada, sin otras consecuencias, ó se repite otra salida de agua, y otras, siendo muy variable la cantidad desde algunas gotas hasta grandes flotes (golpes de agua), capaces de hacer ruido; cuando es abundante, sobrevienen torsoncillos de vientre que hacen temer un aborto, ó un *parto prematuro*, segun la época del embarazo.

Con objeto de que no se hagan fuertes los torsones y sucedan estos accidentes, se debe aconsejar un absoluto reposo en esta enfermedad.

§ XI.

Hidropesia del Amnios.

La cantidad de agua contenida en el Amnios suele hacerse muy grande, adquiriendo el útero rápidamente un volúmen tan grande que al quinto ó sesto mes parece de término la preñez: esto constituye la *hidropesia del Amnios.* Nada se ha fijado definitivamente acerca de las causas que la producen; es frecuente en la preñez gemelar, y parece que predispone á que se repita en los embarazos siguientes. Esta enfermedad no es grave para la madre, sino en algunos casos, que se produce la sofocacion, porque el desarrollo rápido del útero no da el tiempo suficiente á que ceda la tirantéz de las paredes del vientre, como en el embarazo, en que va siendo gradual el crecimiento del órgano: el feto muere casi siempre y algunas veces, no siendo arrojado, permanece dentro, hasta mucho tiempo despues ó como se ha llegado á ver, se deshace y desaparece en medio del agua. El efecto ordinario de la hidropesia del Amnios es que por la tirantéz que hay en las membranas, se rompen y se sigue el aborto ó el *parto prematuro*; segun algunos, rotándose las membranas hácia el fondo ó partes laterales del útero, solamente sale el eccedente de agua, escurriéndose entre ellas y el útero, y sigue la preñez bien hasta el fin.

§ XII.

Hidropesias.

Otra indisposicion frecuente de las embarazadas es la acumulacion de agua debajo de la piel de las piernas, la vulva, y aun de todo el cuerpo y dentro del vientre. La parte hinchada está descolorida, fria, y permite hundir los dedos, cuya impresion queda por mucho tiempo. Este síntoma, hace temer un aborto, ó un *parto prematuro*, las convulsiones y otros accidentes no por que sea la causa, sino porque manifiesta la profunda alteracion en que está la sangre que da la vida, pues depende las mas veces del empobrecimiento de *glóbu-*

los (1) en que por lo comun está la sangre de las embarazadas; en los últimos meses, contribuye la compresion del útero sobre las venas de la pelvis no permitiéndoles recibir la de las partes inferiores, para que se produzca la hidropesía de las piernas y de la vulva que se llama *Edema*: esta última, dificulta el parto algunas veces, como verémos.

Este accidente exije los tónicos: cuando amenaza malos resultados debe intervenir la cirugía.

§ XIII.

Plétora.

En algunas embarazadas está ó se hace la sangre mas rica en glóbulos que en el estado natural, y más todavía que lo que es comun en el embarazo. Se abulta y colora la cara principalmente de los lábios que se ponen renegridos; se enciende por cualquier motivo, sintiéndose en esa parte oleadas de calor: zumban los oidos, hay dolor de cabeza, bahidos, sueño; está el pulso fuerte y frecuente: hay inminencia de hemorragias, de aborto ó de *parto prematuro*, el parto por el contrario se prolonga, y sobrevienen otros accidentes, sobre los que iremos llamando la atencion á cada paso.

Se acompaña de ordinario con una afluencia de sangre hácia el útero, que llaman *plétora úterina*, manifestada por un cansancio general, una sensacion de hinchamiento y tension en el bajo vientre y de peso en el ano, ganas frecuentes de mear, calor arriba del púvis, pesantéz y dolores en los riñones, que se propagan á las ingles y á los muslos, una ligera comezon é hinchazon en la vulva y un hinchamiento doloroso de los pechos. Este recargo de sangre á pesar del embarazo, se presenta cada mes en los primeros tiempos y aun muy avanzado. Cuando ésta indisposicion amenaza producir algun accidente, se combate con medios enérgicos que el médico sabe graduar en cada caso.

(1) Los glóbulos de la sangre, á quienes debe el color son unas vegiguitas rojas esféricas ó elípticas que en el hombre son de un 417 avo á un 238 avo de línea, forman como la 8.ª parte de la masa total en el estado de salud y gozan de una accion muy importante en la vida.

§ XIV.

Hidrokemia.—Anhemia.

Es mas comun en las embarazadas otra enfermedad opuesta á la anterior, é idéntica con la que en las jóvenes que tienen estraviadas sus menstruaciones, se llama *pálidos colores*; consiste en la disminucion de la cantidad de los glóbulos de la sangre. A ella debe atribuirse la mayor parte de los achaques del embarazo, la inapetencia invencible, las naúseas, los vómitos, la depravacion del gusto, los estreñimientos y los demas cambios de la digestion; el sentimiento interior de debilidad, el desgano para andar ó hacer algun movimiento, el cansancio y la fatiga que siguen al menor ejercicio, la palidez de la cara, de los labios, la lengua y en general de toda la piel, el enfriamiento principalmente en las estremidades, las hidropesias, el enflaquecimiento, la modificacion del pulso, que está delgado, blando é irritable á la menor cosa, el ruido de soplo de las arterias gruesas, las palpitaciones repetidas con cualquier motivo, la ansiedad, los desvanecimientos, los zumbidos de oidos, los dolores de cabeza, de cara, de dientes ó de otros puntos, la susceptibilidad tan esquisita, las modificaciones de la inteligencia y de los afectos, que ocasionan tantas rarezas &c.

Esta debilidad general tan lejos de oponerse á la plétora parcial del útero, la hace muy frecuente é intensa; por cualquier motivo vienen pesantéz y tirones dolorosos en los riñones y las ingles, incomodidad en la pélvis que parece se vá á salir la matríz por momentos.

El feto participa tambien de esta debilidad, pues sus movimientos, son débiles ó nulos: en una palabra, es causa de mil accidentes en el embarazo y en el parto.

Esta enfermedad muchas ocasiones está mantenida por otra, y por tanto su curacion es del dominio de la Medicina.

§ XV.

Otras enfermedades.

La *rotura* del útero y de la vagina, la *hemorragia*, el *síncope*, las *convulsiones*, el *trómbus* de la vulva y otros accidentes, aunque sobrevienen durante la preñez, lo hacen con mas frecuencia en el parto y tienen entonces mayor importancia; por tanto nos remitimos á la seccion 2ª de la segunda parte.

Algunas veces con la gestacion se produce un cambio saludable, viniendo entónces mejor salud; pero las mas veces trae molestias grandes, enfermedades que hacen sufrir mas ó menos y aun la muerte.

Los ejercicios violentos, los sacudimientos, el abuso del coito, las enfermedades graves, las fuertes pasiones, las sorpresas &c. ocasionan mil accidentes en las embarazadas, fáciles de preveer, y de consecuencias en el momento del parto. La suma tristeza es de mal agüero.

A lo que precede deben limitarse los cuidados que pueden prestar las matronas á las embarazadas, si quieren huir de escollos de donde nunca ha de salir bien librada su reputacion.



PARTE SEGUNDA.

Hasta aquí hemos recorrido los accidentes mas indispensables para comprender los fenómenos que presenta el parto, y por consiguiente, para dirigir con acierto este acto importante de la naturaleza; es llegado ya el tiempo de desenvolverlo y de sentar los preceptos que se han de seguir.

Queda sentado, que parto es un acto por el cual es espulsado un feto vivible fuera de las partes de la generacion. Se divide en *natural* y *artificial*, segun que se verifica por sí solo sin accidente alguno, ó que para terminarse exije los recursos de la cirujía. Tambien se dice á *término* ó *prematuro* ó *retardado*, segun que sucede terminado el noveno mes de la gestacion poco mas ó menos, ó entre el sétimo mes cumplido y principios del noveno ó despues que ha pasado el noveno mes. Se dá el nombre de *aborto* ó *mal-parto*, á la espulsion de un òvulo ó embrion ó de un feto incapaz de vivir fuera del útero, es decir, cuando se verifica antes de terminarse el setimo mes de la gestacion.

Resta de aquí que el órden que seguirémos en el estudio del parto anunciado en otro lugar, será el de

los fenómenos que presenta cuando es natural, ya sea á término, prematuro ó rotardado y los cuidados que se le deben prestar, dándo á conocer tambien los del aborto, y luego terminarémos con el de los accidentes y obstáculos que suele encontrar.

SECCION PRIMERA.

Del parto natural.

TÍTULO PRIMERO.

Fenómenos del parto.

Se distinguen en el parto los fenómenos que se suceden desde que se declara hasta la espulsion de la Placenta, cuyo periodo se llama *trabajo ó parto propiamente dicho*, y los que siguen presentándose despues hasta que la muger vuelve á su estado natural, que constituyen el *puerperio.*

CAPÍTULO PRIMERO.

Del trabajo.

En este periodo hay dos cosas que distinguir: la manifestacion de los medios de que se vale la naturaleza para la espulsion del feto, es decir, los fenómenos *fisiológicos*; y los movimientos sucesivos que ejecuta este feto para nacer, que son los fenómenos *mecánicos.*

ARTÍCULO PRIMERO.

Fenómenos fisiológicos.

§ I.

Parto á término.

Hemos visto que en los últimos quince dias del em-

barazo desciende el útero, dejando libre el hueco del estómago, y engastándose en el estrecho superior la parte del feto que ha de salir primero, y que entonces comienzan á presentarse torzonsillos en el vientre, que no son sino verdaderas contracciones del útero, eminentemente muscular en esta época. En uno de esos dias se verifica la espulsion del feto, sin que se pueda asegurar por qué causas, ni cómo no es ántes ó despues del noveno mes, no siendo hasta ahora bastante satisfactorias las esplicaciones dadas por los autores: lo cierto es que el producto de la concepcion es espulsado por esfuerzos naturales que consisten en contracciones succesivas que ejecuta el útero, auxiliadas al fin por contracciones propias de las paredes del vientre, que vienen cuando hace esfuerzos la paciente. Para comprender esto dividirémos el trabajo con el Sr. Desormeaux en tres tiempos: comenzándo el 1º cuando se declaran los dolores y terminando con la completa dilatacion del cuello uterino, pasando el 2º mientras se verifica la salida del feto, y el 3º verificándose durante la *descarga*. (1)

1.er tiempo. Se anuncia con la agudéz que repentinamente toman y la mayor frecuencia con que se repiten los torzones ligeros que se presentaban dias ántes: por la abertura que aparece en el cuello del útero en las primerizas, ó por la desaparicion del rodete que queda en las que ya han parido: por el alisamiento y enduredimiento de las membranas del feto que pronto se engastan en el orificio del cuello, bajo la forma de un tumor globuloso por lo comun, que se llama *bolsa de las aguas*; y por el aumento en que entran las mucosidades que ya se formaban en la vagina, escurriéndo al esterior y haciéndose viscosas, las que se nombran *flegmas*: luego sigue una serie de contracciones uterinas que tienen por efecto, la ampliacion gradual de la abertura del cuello hasta formar con la vagina un canal continuo, y la introducion mayor de la bolsa en en la abertura, así como su crecimiento y adelgaza-

(1) A falta de mejor espresion castellana se adopta ésta para significar el periodo del parto en que son arrojadas la Placenta y las membranas que envuelven al feto.

miento de su pared hasta destruirse su resistencia para romperse. La duracion de este tiempo es muy variable, pues puede ser de una hora ó de algunos dias, lo que indica la gran reserva que debe llevarse en los pronósticos: la ordinaria es de diez ó doce horas. La edad no tiene la influencia que se le ha atribuido sobre la duracion de este periodo del parto.

2º tiempo. Llegando el orificio uterino á su completa dilatacion, siguen repitiéndose los dolores con una intensidad mayor: en uno de los primeros se rota la bolsa de las aguas (algunas veces con ruido), saliendo estas en mayor ó menor abundancia, y quedando á desdescubierto la parte del feto que viene por delante, la cual avanza y se engasta en el cuello, se dice entónces que la cabeza corona: con la salida del agua, se suspenden un rato las contracciones; pero á poco una nueva contraccion enérgica y tan dolorosa, que arranca por lo regular un grito lastimero, hace que la cabeza franquee el orificio uterino y pace á la vagina, cuyas arrugas desaparecen por la ampliacion que sufre: entónces la fuerza de las contracciones se emplea solamente en hacer avanzar al feto, hasta hacer llegar la cabeza al perinéo: aquí comienza un nuevo trabajo de estension de este tabique, y de dilatacion de la vulva, por la cabeza del feto, en fuerza de las contracciones que la empujan contra estas partes y la hacen asomar mas y mas al esterior hasta que no encontrando resistencia alguna viene un dolor atróz, compuesto de dos desigualmente intensos que hace salir la cabeza y en algunas ocasiones lo demás del feto. En la mayoría de los casos pasan algunos segundos para que un nuevo dolor incomparablemente menos fuerte que el anterior espulse lo demás del feto, con lo restante de las aguas. La duracion de este tiempo es mucho mas corta que la del primero; pero no es menos variable desde algunos minutos hasta muchas horas.

3.er tiempo. Durante la espulsion del feto y principalmente despues que se reduce el útero á muy pequeñas dimensiones en virtud de su contractilidad de tegido, se fruncen y rompen los tejidos que unen la Placenta al útero, desprendiéndola completamente y cer-

rándose los vasos del útero: entónces vuelven las contracciones interrumpidas por intervalos de descanso alternativamente, pero con mucha menor intensidad que ántes; la Placenta con las membranas son empujadas contra el cuello, que dilatan de nuevo, para atravesarlo y caer á la vagina, de donde salen despues casi por solo su peso. Unas veces sale sangre desde la espulsion del feto aumentándose á cada contraccion, y otras no sale sino despues de espulsadas las secundinas. El intervalo que pasa entre la espulsion del feto y la de la Placenta es muy variable, saliendo por lo regular pronto del útero; pero permaneciendo lo demás en la vagina de paredes poco contráctiles. En general cuanto mas fuerte está la paciente, mas enérgicas son las contracciones uterinas, menos agua contiene la bolsa y mas tiempo corre entre la rotura de ésta y la salida del feto, tanto mas pronta es la descarga.

Estos son los fenómenos fisiológicos del parto: examinémos los principales.

Las contracciones del útero son el principal fenómeno á que se subordinan los otros. Ya sabemos que son dolorosas; de modo que con las palabras contraccion, y dolor se significa una misma cosa, cual es, el acortamiento doloroso de las fibras musculares del útero que se hace sentir al principio del trabajo en una línea que iria del ombligo á la concavidad del sacro, de corta duracion y repitiéndose con intervalos mas ó menos largos de descanso. Al fin se dirigen hácia el cocsis. Recordemos que el dolor no está siempre en relacion con la contraccion, pues hay mugeres suceptibles que sienten muy vivo dolor con contracciones débiles, y al contrario; de modo que no se puede preveer la energía de las contracciones por el esterior de la muger. Cada dolor se anuncia por una especie de horripilacion, durante él se estrecha el vientre, se endurece el útero fuertemente, se ponen tensos y resistentes los bordes del cuello, se hace lisa, dura y resistente la bolsa de las aguas; las flegmas aumentan y se tiñen de sangre, la cara se colora, la lengua se seca, el calor sube, el pulso se hace frecuente y duro, hay alteracion, llanto, desesperacion, incredulidad de que termine el parto, y suele haber nau-

seas y aun vómitos: pasado el dolor, vuelve el vientre á su volúmen y blandura anterior, así como el cuello y la bolsa, que se pone blanda y arrugada, hundiéndose y desapareciendo el tumor que formaba, y haciéndose mas accesible al dedo la parte del feto que se había alejado del cuello por la interposicion de la agua del Amnios, y la calma vuelve, aunque no completamente, pues aun nó termina un dolor, cuando ya se está temiendo el que le ha de seguir. Desde que la cabeza pasa á la vagina cambia el aspecto de las contracciones, llaman en su ayuda á las de las paredes del vientre, exitando un pujo al que responde voluntariamente la paciente: cada dolor es precedido de un temblor general, la enferma se toma de lo primero que le viene á sus manos, fija fuertemente los pies, echa la cabeza para atrás, hace una profunda inspiracion, y pasa el dolor haciendo toda la fuerza posible: mientras dura, sobresale el perinéo, formando un tumor prominente, ancho y duro, se entreabre la vulva, se asoma la cabeza cuyos huesos se acercan y aun se sobreponen unos sobre otros, se borran los pequeños labios, se estira la piel de las inmediaciones, los *escrementos* y la orina salen involuntariamente, la agitacion es estrema, el calor muy considerable y aun hay perturbacion de la inteligencia: pasado el dolor parece volverse la cabeza para la escavacion; y sus huesos á sus distancias respectivas, la vulva se cierra, el perinéo vuelve sobre sí, y viene una calma mas completa que en el primer tiempo pues aun se entra en un sueño profundo, solamente interrumpido por un nuevo dolor que es soportado con mas paciencia; sin embargo, queda acelerado el pulso, muy caliente la piel, hay gana frecuente é ilusoria de ir al comun y otras incomodidades. La duracion de cada dolor es variable en cada caso: en general van siendo mas enérgicos y largos á proporcion que avanza el trabajo: los del segundo tiempo lo son mucho, hasta el último que es atroz. Hemos dicho en otra parte que son intermitentes: el intérvalo que hay entre cada dos dolores nada tiene de regular en su duracion, en unos periodos se repiten muchas contracciones en una hora y en otros se retardan mucho: en general, los intervalos de descanso van sien-

do mas y mas cortos á proporcion que pasan las horas, hasta desaparecer en los últimos momentos del segundo tiempo. Por último, diremos que los dolores han sido divididos por razon de su intensidad y de los tiempos del trabajo, en *moscas*, los que se parecen á la mordedura de este insecto; *preparantes*, los del primer tiempo; *espultrices*, los del segundo y *concuasantes*, los mas violentos que vienen al fin.

La dilatacion del cuello depende de que no pudiéndose achicar el útero cuando está en contraccion, por estar completamente lleno, por una parte son estirados para afuera todos los puntos de su circunferencia al acortarse en ese acto las fibras longitudinales del útero, y por otra es empujada la bolsa de las aguas fuera de él, como una cuña, ó cuando se rota ántes de tiempo, lo es la parte del feto que viene primero. La marcha que sigue está en relacion inmediata con la fuerza y frecuencia de las contracciones del útero, de modo que es mas lenta al principio que al fin; está tambien en razon de la rigidez del cuello, y esto esplica el que tarde mas en las primerizas que en las que ya han parido; la forma de la cabeza es mas propia que cualquiera otra para la dilatacion: en la anteversion del útero, que está muy para atrás el orificio del cuello, se consumen en valde muchas contracciones contra la parte anterior del útero que se ha hecho inferior, no obrando sobre la dilatacion del cuello, mientras no se viene al centro de la pélvis: al contrario, sucede que despues de muchas horas en que no ha avanzado sensiblemente la ampliacion del cuello, se violenta mucho en un solo dolor, por un adelgazamiento repentino de sus bordes ó por una ò mas roturas que sufre, dando paso á la parte del feto con quien está en contacto cuando menos se espera. El adelgazamiento de los bordes del cuello sigue los mismos pasos: en las primerizas que son muy delgados al principio del trabajo, se engruesan despues, luego vuelven á adelgazarse, y por fin quedan formando un rodete grueso y redondeado: el primer efecto quizá depende de que habiendo roturillas en la circunferencia, se recogen los bordes para afuera y forman el engruesamiento; luego siguen adelgazándose de

nuevo por efecto de la succecion de las contracciones, hasta que acortadas al estremo las fibras uterinas, quedan con cierto grueso á pesar de la dilatacion: cuando está muy avanzada esta, el adelgazamiento es mayor en el labio posterior del hocico que en el anterior, por la compresion que sufre entre el púvis y la parte del feto inmediata. La abertura es circular por lo comun, porque la cabeza es la que viene primero con mas frecuencia: en otros casos es alargada.

La formacion de la bolsa de las aguas, su ensanchamiento, el adelgazamiento, de sus paredes y su rotura final dependen de que empujada la agua del Amnios por las contracciones uterinas, de todas partes hácia donde no encuentra resistencia, es decir, á la abertura del cuello, y tendiendo á salir por allí, se encuentra con las membranas contra quienes se emplea toda la fuerza, estos van cediendo á cada dolor hasta que no pudiendo resistir por su adelgazamiento incesante y por la falta mayor de sosten por parte del cuello, que está muy dilatado, se rompen, y permiten la salida de las aguas provocada por la contraccion. La marcha que sigue está subordinada á la fuerza y repeticion de los dolores, y por lo mismo, va con la dilatacion, influyendo tambien el mayor ó menor grueso y resistencia de las membranas. Hemos dádola una forma globulosa, porque siendo por lo comun circular el orificio uterino y presentàndose de ordinario la cabeza sobre él, toma esa forma entonces; pero cuando no es así, ni el tegido de las membranas es apretado, se adelgazan desigualmente y forman una bolsa alargada que toma la forma de *chorizo* y cuelga en la vagina. La rotura se verifica por lo regular en el centro del tumor que forma; algunas veces es en puntos distantes, sucede al principio del segundo tiempo; algunas veces, se rota antes de la completa dilatacion del cuello, la cual se hace por esta circunstancia con mas lentitud y dificultad; otras sucede antes de comenzar el trabajo, padeciendo el feto por la compresion del útero que es impedida por la presencia de las aguas: otras en fin, no se rota sino cuando está muy avanzado el trabajo, descendiendo con la cabeza y aun sobresaliendo por la vulva, como lo

he visto algunas veces. La cantidad de agua que sale al rotarse la bolsa es muy variable: si la cabeza viene primero, acomodándose perfectamente en el cuello, cesa luego el escurrimiento; pero pasando á la vagina ó viniendo otra parte del feto por delante, sigue saliendo agua á cada dolor en cantidades variables.

Las flegmas se forman en el cuello uterino y en la vagina, aumentándose en el trabajo, por la ecsitacion que produce. Están mezcladas con sangre algunas veces desde antes del trabajo, de modo que este signo no indica siempre que la dilatacion del cuello toca á su fin. Esta sangre proviene de las roturas que sufren los bordes del cuello, ó los vasillos que van del útero á las membranas ó á la Placenta al reducirse el volúmen del útero, ó de los poros de los tegidos que la trasudan en fuerza de los dolores. La abundancia de las flegmas acelera la dilatacion de la vulva y del perinéo. En ciertos casos no se forman, estando estas partes en un estado de sequedad y de calor ecsesivos y en peligro de algunos accidentes: se dice entonces que el parto es *seco*.

El avanzamiento del feto, que se verifica en el segundo tiempo, pues el primero se pasa solamente en la dilatacion del cuello y la formacion de la bolsa, es otro fenómeno que depende de la fuerza de las contracciones, trasmitida por la columna espinal del feto á la parte que viene delante: cuando se ha resistido la bolsa á rotarse, ó lo ha hecho en puntos distantes, avanza la cabeza envuelta en ella hasta el perinéo donde se rota, ó sale así al esterior, como se dice *encasquetado* ó en *zurron*: al contrario, cuando lo verifica antes de la completa dilatacion del cuello uterino, desciende la parte del feto hasta dicho tabique contenida en el útero, no franqueando su orificio sino muy avanzado el trabajo. El acercamiento de los huesos de la cabeza y su sobreposicion dependen de la compresion que sufren en la escavacion principalmente durante el dolor.

En el segundo tiempo, se va formando por grados en la parte del feto que se va asomando á la vulva, un tumor que se endurece y agranda durante cada dolor y se ablanda y reduce en los intervalos: depende de una causa semejante á la de la formacion de la bolsa, pues

en este tiempo sufre la parte del feto que entra á la escavacion una compresion fuerte que se aumenta con el dolor, y empuja la sangre que allí circula á la porcion que sobresaliendo de la vulva, no la sufre.

La dilatacion de la vulva y la estension fuerte del perinéo dependen de las contracciones uterinas que trasmitidas por el espinazo del feto á la cabeza, es empujado el perinéo que tiene que irse adelgazando y estendiendo y luego se insinua la parte, en la vulva y produce su ampliacion. Está en relacion con las contracciones y con la resistencia que ofrecen estas partes, de modo que es mas lenta al principio que al fin, en las primerizas se hace mucho aguardar: ademas, sucede algunas veces que las contracciones se trasmiten contra el coccis y no en la direccion del eje del estrecho inferior, y nada avanza la dilatacion hasta que se trasmiten contra el perinéo: al contrario, se observa otras veces que siendo flojo el tegido del perinéo ó rotándose en una contraccion, sale el feto cuando aun no se espera. Ya hemos hablado de la rotura del perinéo quedando intacta la horquilla.

El desprendimiento de la Placenta depende de que reduciéndose á muy poco la cavidad del útero en virtud de la contractilidad de tegido de que hemos dicho goza este órgano, á proporcion que salen las aguas y el feto, y no sucediendo así á la Placenta, pues por carecer de contractilidad, queda en sus dimensiones fijas y no puede seguir la reduccion del útero, es natural que al verificarse esta, se ejerzan tirones hasta la rotura en los vasos y tegidos que unen la cara esterior de la Placenta con la porcion respectiva de la cara interior del útero. Cuando la Placenta se implanta en el fondo del útero se desprende el centro mas grueso y por consiguiente menos contráctil, antes que los bordes delgados y arrugables: en este caso se forma una cavidad entre la Placenta y el útero, cerrada por los bordes adherentes todavia de aquello, en donde se acumula sangre que á su vez contribuye á aumentar el desprendimiento con las contracciones uterinas. Cuando se implanta en una de las caras de los lados, de delante ó de atras, el desprendimiento comienza por el borde que ve para el fondo ó algunas veces por el inferior. En los dos primeros

casos cae la Placenta de lleno sobre el cuello, lo tapa é impide la salida de la sangre que se acumula dentro y aun entre las membranas: en el último, quedando suspendida antes de su completo desprendimiento, se resvala, presentándose al cuello por su borde inferior y doblándose en forma de canal, entonces nada impide que salga sangre principalmente á cada torzon. No se crea que el desprendimiento de que tratamos, se verifica repentinamente al ser espulsado el feto: comienza desde la formacion de la bolsa en que, variando las relaciones de las membranas con el útero, se rotan los vasillos que los unen, sigue con las salidas succesivas de la agua desde que se rota la bolsa, que permitiendo la reduccion gradual de la cavidad del útero, sigue produciendose el arrancamiento de las secundinas, y termina con la espulsion del feto: por eso se tiñen de sangre las flegmas, y sale sangre luego que es espulsado el feto, cuando la Placenta cae al cuello por su borde.

La espulsion de las secundinas del útero, se efectúa, por nuevas contracciones ecsitadas por ellas mismas que desprendidas constituyen un cuerpo estraño del que procura desembarazarse el útero, forzándolas á dilatar de nuevo el cuello y franquearlo para pasar á la vagina. De aquí salen por su peso, por la contraccion aunque ligera de las paredes de la vagina, y por la de las paredes del vientre.

El pulso se va acelerando mas á proporcion que avanza el trabajo; en cada dolor va aumentando á proporcion que se acerca, y luego disminuye con él, siguiendo todas las faces que presenta en sus variedades. El calor general sigue la misma marcha que el pulso, de modo que al fin del trabajo está muy alto.

§ II

Parto prematuro.

No es raro antes de terminarse el noveno mes de la gestacion, ver llegar al útero á su completo desarrollo y verificarse el parto con la misma regularidad que si fuera de término, ofreciendo los fenómenos referidos antes.

Pero no es eso lo comun, sino que á consecuencia del henchimiento ecsesivo del útero ocasionado por una hidropesía del Amnios, ó por una preñez gemelar: de la fuerte conmocion que sufre el útero con una hidrorréa, con la rotura artificial de las membranas del feto, á cuya operacion se ve obligado á recurrir algunas veces el cirujano, ó con el reumatismo del útero: de la muerte del feto: del abuso de los purgantes: de un violento esfuerzo: de la invasion de una enfermedad aguda en la madre: ó de la influencia que ejercen la Plétora, la suma debilidad, ó una sensibilidad ecsesiva: á consecuencia de una de estas causas, decimos, se verifica el parto en el octavo ó principios del noveno mes.

Los fenómenos que se presentan entonces ofrecen algunas particularidades. Ordinariamente precede á los dolores un calosfrio mas ó menos intenso, como en el aborto: luego sigue un periodo de dolores de parto de larga duracion, que no hay en el trabajo de término, y que se pasa en hacer desaparecer la porcion de cuello que aun existe en esta época del embarazo: en este periodo, los dolores son muy irregulares en duracion, intensidad y repeticion, y son acompañados de calentura inquietud y agitacion notable y de la sensacion de un incómodo peso hácia el perinéo; entónces viene el periodo de dilatacion del orificio uterino, que es mas prolongado que de ordinario, y el de espulsion del feto, que es al contrario, mas veloz; pero los dolores no dejan de ser molestos; en fin, la causa que en cada caso provoca el parto prematuro, trae modificaciones particularesen el trabajo, que es fácil comprender: es inminente una hemorragia, la descarga es dificil y complicada de accidentes, en una palabra, el parto prematuro es bastante parecido al aborto.

§ III

Aborto.

El estudio del aborto se comprende mejor despues de conocidos los fenómenos del parto, y por esta y otras razones lo tratamos en este lugar.

En los primeros dias de la gestacion se manifiesta por

dolores tan débiles, y en general por síntomas tan vagos, que mas parece menstruacion dolorosa, retardada y únicamente mas abundante que de costumbre, que un aborto: y como el embrion con su envoltura sale perfectamente cubierto por un cuajaron de sangre ó desmenuzado, tampoco despues se cree que ha habido un aborto. Esto depende de las dificultades que hemos visto hay para conocer con seguridad el embarazo en esta época y de que aun habiéndolo, pueden los síntomas que se presentan ser tomados simplemente por los de una Plétora uterina. Sin embargo, si una muger sana, en quien la menstruacion ha sido regular y se le ha suspendido sin causa, teniendo otros síntomas de embarazo, por una de las causas que luego notarémos es atormentada de dolores de vientre, de riñones &c. no parecidos á los de la menstruacion dolorosa (dolor de hijada); si al mismo tiempo le vienen pérdidas de sangre, que pronto son mas abundantes que el flujo menstrual de costumbre, principalmente en el momento de cada doloicillo, y si se abre el cuello del útero que en la menstruacion queda cerrado, es mas que probable que padece un aborto. Registrando escrupulosamente los cuajarones, para ver si se encuentra un cuerpo blanquecino ó membranas, con los caracteres particulares, descritos en otra parte, se estará al tanto de la marcha del aborto.

Mas avanzada la preñez, cuando es fácil conocerla, así como la muerte del feto, y los síntomas del aborto son marcados, no hay mucha dificultad en diagnosticarlo. Los síntomas varian segun que la causa que lo provoca ha obrado con lentitud, ó violentamente.

En el primer caso preceden calosfrios seguidos de calentura, quebranto general, tristeza, pérdida de brillo en los ojos, lividez en los párpados, nauseas, palpitaciones, enfriamiento de pies, dolor de riñones, debilidad en el vientre, frio del púvis, pesantez en el ano y la vulva, ganas frecuentes de mear y flojedad en los pechos; que duran algun tiempo: luego toman estos síntomas precursores una grande intensidad, comienzan dolores de vientre con endurecimiento del útero, notable si ya se eleva sobre el púvis, que coinciden con pérdidas de agua con sangre y luego de sangre pu-

ra, líquida ó en cuajarones, dilatacion del orificio del cuello, formacion de la bolsa, que va creciendo mas y mas, y todo lo demas del parto, cuya marcha sigue con diferencias tanto menores cuanto mas cerca del sétimo mes se verifica. Estas diferencias dependen de que el cuello del útero, estando todavía formado, no puede ser vencida su resistencia por las contracciones del órgano que son débiles é irregulares, por no estar todavía bien dispuesto su tegido para ejecutarlas, de aquí la lentitud tan grande de la espulsion, durante la cual se pierde tanta sangre. En el segundo caso viene luego un dolor vivo en los riñones ó en el vientre, que es seguido del aborto, ó se apacigua para despertarse de nuevo despues de algunos dias y seguir inmediatamente los dolores con endurecimiento del vientre, dilatacion del cuello &c., como dijimos arrriba.

Cuando la causa no obra sobre el feto, nace vivo por lo comun; cuando obra sobre él, muere mucho antes, si la causa es lenta ó á lo menos cuando comienzan los dolores; si es de las violentas muere luego, y hasta los ocho ó diez dias se presentan los síntomas del aborto. En estos casos no hay antes mas que las señales de la muerte del feto, que describiremos en otro lugar.

Las secundinas salen envolviendo al embrion cuando el aborto se verifica antes del tercer mes, de la gestacion; cuando sucede el quinto ó sesto mes, se rota la bolsa que da paso á las aguas y al feto, y luego son espulsadas las secundinas con facilidad; pero en el tercero y cuarto mes, despues de rota la bolsa y espulsado el feto con la sangre que algunas veces lo envuelve; la Placenta no se desprende sino con dificultad no teniendo resistencia el cordon, se rompe, el cuello se cierra, dejando dentro la Placenta y sigue una calma que indicaría que todo queda terminado; entonces sucede ó que á los ocho, diez ó mas dias se presente repentinamente una hemorragia con dolores intermitentes en el vientre, no dilatándose el cuello para dar paso á la Placenta que entonces es un cuerpo estraño que irrita el útero, se repiten y aumentan las pérdidas y se compromete la vida de la enferma, si no interviene cuanto

ántes un cirujano, el cual, no habiendo presenciado el aborto, y recibiendo informes falsos de que ya ha salido todo, porque se ha tomado un cuajaron por secundinas, se pone tambien en una peligrosa alternativa, de la que solo puede sacarlo algunas veces la palpacion vaginal: ó que el orificio uterino dé paso al aire y entren en corrupcion las secundinas desprendidas del útero; entonces pasa á la sangre que circula la podredumbre y se declara la mas peligrosa fiebre, sin ser fácil hacer salir el foco del interior del utero: ó en fin, que conservando por fortuna la Placenta sus adherencias con el lugar del útero en que se desarrolló, se siga nutriendo, transformándose en una *mola* ú otro producto análogo, ó al contrario, y esto es muy raro, que vaya disminuyendo por absorcion hasta desaparecer completamente del útero; entonces todo sigue perfectamente.

El puerperio en las que abortan es semejante al que sigue al parto de término.

En el aborto de preñez gemelar, casi siempre son arrojados los fetos todos; pero ya hemos visto que solamente lo sea uno, ó se muera sin salir y siga desarrollándose el otro hasta el parto.

El aborto es mas frecuente en los primeros meses del embarazo que despues, sino que pasa desapercibido, teniéndose por menstruacion dolorosa. Las causas que lo producen obran con lentitud ó violentamente, entre las primeras se cuentan: primero: la plétora uterina que viene cada mes á pesar del embarazo, en las mugeres fuertes, que menstruan con abundancia; al contrario la falta de fuerza que hay para contener el producto de la concepcion en las mugeres débiles que toman pocos ó malos alimentos, que se entregan á la tristeza ó á la mala vida; que padecen el gálico; la excitacion que se produce en el útero en las muy irritables y nerviosas, que se afectan vivamente con facilidad: la tendencia irresistible que tiene el útero en algunas mugeres para arrojar el producto que contiene, debida quizá, cuando no es por la Plétora uterina, á una sensibilidad esquisita que no les permite soportar la presencia del feto: de esto depende lo espuestas que estan al aborto las primerizas, muy jóvenes ó avanzadas en edad y las que

ya han abortado, en quienes se repite á la misma época del embarazo, ó mas comunmente un poco mas tarde que la en que sucedió el anterior: la estension ecsesiva del útero, por una preñez gemelar ó una hidropesía del Amnios: las afecciones agudas ó crónicas del útero, como su inflamacion, el reumatismo, las ulceraciones, los tumores ó los cuerpos estraños de su interior, las desorganizaciones, como el cáncer, las dislocaciones, principalmente su descenso &c.: las enfermedades de las trompas, de los ovarios, de la vegiga de la orina ó del intestino recto: la acumulacion de escrementos en su interior: los tumores del vientre y las estrecheces de la gran pélvis, cuyo modo de obrar es fácil de comprender: por último, la invasion de una enfermedad aguda ó convulsiva, como las enfermedades de pecho, de vientre y de la piel, las fiebres &c. Todas estas causas obran sobre la madre y sobre la vida del feto. Segundo: las enfermedades del feto ya comunicadas por la madre, trasmitidas por el padre ó introducidas del esterior: las de la Placenta, de la vegiguilla umbilical, ó de las membranas y la torsion ó la mucha cortedad del cordon. Estas causas, impidiendo el desarrollo ulterior del feto, motivan su muerte, y es de sentir no se puedan conocer á tiempo.

Las causas que obran violentamente, son los sacudimientos fuertes del útero; como sucede en las caidas, los golpes, las fatigas, el coito inmoderado; las compresiones del útero, como la que produce un corsé apretado: las conmociones morales fuertes ya sean exitantes, como la cólera, ó ya debilitantes, como la pesadumbre: y los remedios que causan el aborto. Estas causas obran promoviendo las contracciones del útero, ó produciendo primeramente la muerte del feto, ó desprendiendo la Placenta: necesitan las mas veces, para que se produzca el aborto, la ecsistencia de alguna de las que obran lentamente.

ARTÍCULO SEGUNDO.

Fenómenos mecánicos.

Para comprender bien en todas las modificaciones que se observan en la práctica, el mecanismo del parto, es decir los movimientos que va ejecutando el feto al recorrer el canal de la pélvis y las relaciones que van guardando uno y otro, es necesario estudiarlo en las diversas *presentaciones* y *posiciones* que trae el feto; pues no basta hacerlo en aquella en que se presenta con la cabeza hácia abajo, aunque sucede con mucha mas frecuencia que así esté colocado dentro del útero, como ya lo hemos dicho varias veces; sino que es preciso estenderse á los casos en que por la accion de ciertas causas, se presenta al estrecho cualquiera otra parte del feto, porque entonces varian los servicios que tienen que prestarse.

Por *presentacion* se entiende la circunstancia de corresponder al estrecho superior de la madre cada porcion del feto que en el parto tiene su mecamismo particular. Todos los puntos de la superficie del feto se han visto presentar al estrecho superior, y por esto ha sido tan embrollada la clasificacion de las presentaciones; pero comprendiendo solamente por tal una parte considerable de cada porcion del feto que en la esencia ejecute los mismos movimientos mecánicos para salir, no deben admitirse con el Sr. Naegele mas que de *vértice*, de *cara*, de *pélvis*, de *lado derecho del tronco* y de *lado izquierdo del tronco*, Las presentaciones son *regulares* ó *irregulares*, segun que el centro de la parte del feto que la forma corresponde al centro del estrecho ó que está desviado para un lado.

Por *posicion* se entiende las relaciones que guardan con los puntos del estrecho, los de la parte que se presenta del feto. Para nombrarlas se considera en la pélvis de la madre mitad derecha y mitad izquierda, y ademas se toma un punto del feto en cada presentacion para que sirva de referencia, que se ha convenido sea en las del vértice, el occipucio; en las de la

cara la barba; en las de la pélvis, el sacro del feto y en las de los lados del tronco, la cabeza, y segun que estos puntos de referencia estan del lado derecho ó izquierdo de la pélvis, así se admiten las posiciones *occípito-izquierda* y *occípito-derecha* para la primera presentacion, *mento-derecha* y *mento-izquierda*, para la segunda, *sacro-izquierda y sacro-derecha*, para la tercera, *céfalo-izquierda* y *céfalo-derecha* para las de los lados del tronco. Las posiciones de cada presentacion no modifican su mecanismo respectivo, sino de una manera poco importante, influyen solamente en algunas particularidades del mecanismo, por ejemplo en que los movimientos de rotacion que verifica el feto se hagan de uno ú otro lado de la escavacion; pero por lo mismo no deben menos tomarse en consideracion. Nunca ha estado el punto de referencia en relacion con el púvis ó el promontorio, cuando la parte se engasta en el estrecho, sino siempre á uno ú otro lado ó á lo menos esta circunstancia pasagera no ofrece importancia práctica alguna.

Por último, los puntos de referencia de las posiciones, corresponden á la estremidad anterior, ó á la posterior de los diàmetros oblicuos del estrecho superior, ó á la del trasverso en cada lado, y de esta circunstancia se han formado las *variedades* de las posiciones, que es conveniente tenerlas presentes en el mecanismo para ciertos casos: así es que se dice *anterior* la posicion en que su punto de referencia corresponde á la eminencia ilio-pectinea del lado respectivo, *posterior* la en que el punto de referencia corresponde á la sínfisis sacro-iliaca y *trasversal* la que tiene colocado su punto de referencia en medio del bord de que limita inferiormente la fosa iliaca interna; por ejemplo la variedad occípito-izquierda anterior es aquella presentacion de vértice en que el occipucio está inmediato á la eminencia ilio-pectinea izquierda, la occípito-derecha posterior es la en que el occipucio mira para la sínfisis sacro-iliaca derecha y la mento-derecha trasversal se tiene en una presentacion de cara cuando la barba corresponde á la estremidad derecha del diámetro bis-iliaco. La tabla siguiente manifiesta las presentaciones, posiciones y variedades que se ofrecen en la práctica,

Presentaciones.	Posiciones.	Variedades.
De vértice.	Occípito-izquierda. Occípito-derecha.	Anterior, posterior, trasversal.
De cara.	Mento-derecha. Mento-izquierda.	Trasversal, posterior, anterior.
De pélvis.	Sacro-izquierda. Sacro-derecha.	Anterior, posterior, trasversal.
De lado derecho del tronco.	Céfalo-izquierda Céfalo-derecha.	(Las variedades no ofrecen aquí importancia.)
De lado izquierdo del tronco.	Céfalo-izquierda. Céfalo-derecha.	

Comprendidas estas importantes divisiones, pasemos al mecanismo del parto en cada presentacion.

§ I.

Presentacion de vértice.

Esta es la presentacion en que el *vértice* ó *coronilla* de la cabeza está colocada en el centro del estrecho. Es la mas frecuente de todas, pues en cada veinte y dos partos solamente uno se verifica en otra de las persentaciones; y las variedades occípito-izquierda anterior y occípito-derecha posterior lo son mas que cualquiera otra, porque estando el intestino recto al lado izquierdo del promontorio, se desvia la frente para el lado derecho en la primera variedad, al entrar la cabeza en la escavacion, y el occipucio en la otra: la occípito-derecha trasversal es ecsesivamente rara.

Despues de rota la bolsa de las aguas, cuando ya no se ocupan las contracciones del útero mas que en empujar al feto, cuyas partes ya hemos dicho cómo esta colocadas unas respecto de las otras y es fácil concebir qué relaciones guardan con las de la madre en cada variedad de las dos posiciones, comienza el mecanismo del parto que para su estudio se divide en cinco tiempos.

Primero.—*Flecsion forzada.*—Lo primero que hace la cabeza, luego que comienza á ser empujada á la es-

cavacion es doblarse mas fuertemente contra el pecho que lo está mientras nada en las aguas: de modo que el diámetro tráquelo-bregmático viene á ocupar el lugar que tenía el occípito-frontal, la circunferencia occípito-bregmática viene á corresponder á la del estrecho superior, y el eje de la pélvis ya no atraviesa á la cabeza en la direccion del diámetro tráquelo-bregmático como antes, sino casi en la del occípito-barbado.

Segundo.—*Descension.*—Otro movimiento que hace la cabeza por efecto de las contracciones uterinas que la empujan, es caminar por toda la escavacion y la prolongacion del canal que forma el perinéo fuertemente estendido, recorriendo la parte que está atrás, segun la variedad de la posicion, toda la curba del sacro, coccis y perinéo estendido, mientras que la de adelante solamente camina la altura del púvis.

Tercero.—*Rotacion interior.*—Luego que llega la cabeza al perinéo, mientras va estendiéndose este tabique, ejecuta un movimiento de rotacion por el cual viene á colocarse el occipucio entre los brazos del arco puviano, la nuca contra el púvis y la frente vá á la cara posterior de la escavacion: de manera que la sutura longitudinal se pone en la direccion del diámetro cocci-puviano en lugar de quedar oblicua ó trasversal, segun la variedad de la posicion.

Cuarto.—*Estension.*—Como desde que el occipucio llega á sobresalir por el arco puviano, entran las espaldas á la escavacion, y tienen que acomodarse con la cabeza á la curba del eje de la pequeña pélvis, es preciso que el cuello se estienda en este sentido, tiene que separarse la barba del pecho, y comenzar la estencion: ademas, en fuerza de las contracciones avanza por detrás la cabeza y aparece al esterior por la horquilla, el bregma, luego la frente y succesivamente la nariz, la boca y la barba, mientras el occipucio se eleva delante del púvis: volviendo sobre sí el perinéo, queda abrazado el cuello por la horquilla, y la cabeza desprendida cae para el ano de la madre.

Quinto.—*Rotacion esterior.*—Despues de algunos segundos que permanece inmóvil la cabeza fuera de la vulva, ejecuta el último movimiento, que consiste en

que el occipucio se vuelve hácia uno de los muslos de la paciente, siendo al del lado de la posicion que tenia antes de la rotacion interior, y la cara se vuelve al otro muslo.

Estos son los movimientos que ejecuta la cabeza en el parto, cuando es la presentacion de vértice: los otras partes del feto los siguen en el interior del útero antes de engastarse las espaldas en la escavacion. La division que se hace de ellos en tiempos para comprenderlos, realmente no ecsiste, pues la flecsion forzada se ejecuta á tiempo que desciende la cabeza; igualmente la rotacion interior se hace sin dejar de descender: en fin la descencion no termina sino cuando se ha desprendido de la vulva y todavía siguen descendiendo las demas partes del feto que estan dentro; de donde resulta que los tiempos del mecanismo no son prácticameute sino uno. Veamos, sin embargo, las consideraciones que se refieren á cada uno de ellos.

La flecsion forzada se verifica porque siendo empùjada la cabeza por las contracciones del útero, y estando adherida la columna espinal del feto, por la cual sabemos se trasmite la fuerza, mas cerca del occipucio que de la frente, es mejor vencida la resistencia que opone el cuello del útero y la escavacion, por el lado del occipucio que por el lado opuesto. Se ejecuta de la misma manera, sea cual fuere la posicion de que se trate, sin embargo algunas veces trae sus irregularidades, principalmente en las variedades posteriores: así es que en lugar de doblarse sobre el pecho la cabeza, se endereza de modo de colocarse la fontanela anterior en el centro del estrecho: ó al contrario, es muy ecsagerada la flecsion, en términos que la fontanela posterior se viene á este punto; pero esto es pasagero, pues en un momento de reposo se regulariza la flecsion: otras veces no encontrando resistencia la cabeza hasta el perineo, no ejecuta este movimiento sino hasta que llega á este tabique.

El descendimiento se verifica en fuerza de las contracciones úterinas que hacen á la cabeza ir venciendo las resistencias que se le oponen al paso, y no ofrece diferencia alguna en las variedades de la presentacion.

La rotacion interior se comprende reflecciónando que concentrándose las fuerzas del útero en la direccion de su eje, que es la misma que tiene el del estrecho superior, es decir, para abajo y atrás; ese camino sigue el feto; pero llegado á la parte inferior del sacro y al perinéo, inclinados para arriba y adelante, son descompuestas las fuerzas, por estas resistencias, y la cabeza cambia de direccion tomando la que le es mas fácil seguir; ahora, esta es de modo que se verifica la rotacion. Se entiende que en la posicion occípito-izquierda, voltean el occipucio y la nuca de izquierda á derecha, en la derecha al contrario; que en las variedades anteriores solo recorren el corto espacio que hay del medio del brazo isquio-puviano al centro del arco puviano, en las trasversales mayor camino y en las posteriores casi medio círculo, pues del medio del gran ligamento sacro-sciático parten para la parte anterior del estrecho inferior: No siempre se verifica la rotacion como dijimos arriba: en algunos casos no es completa, quedando oblicua la cabeza durante el desprendimiento: en otros eccede de sus límites pasando el occipucio del otro lado del púvis al que traía; pero en un momento de reposo del útero, retrocede, y se coloca como de ordinario bajo la sínfisis puviana: suele suceder tambien que la rotacion en vez de hacerse para el púvis, se ejecuta volteando el occipucio para la horquilla, viniéndose la frente para el púvis; esto sucede en algunos casos de variedad posterior, que es mas ó menos voluminosa la cabeza, ó amplia la escavacion, ó de mala conformacion, ó que hay una oblicuidad del útero &c., y que por esto encuentra aquella mas facalidad para ese movimiento; por último, en algunos casos raros de variedad trasversal nó hay rotacion interior, por encajarse las espaldas en la direccion del diámetro sacro-puviano.

La estencion se verifica porque encontrando la nuca una resistencia invencible en el púvis, cuando llega allí, para seguir haciendo avanzar al occipucio, solamente se emplea la fuerza de las contracciones, trasmitida por la columna espinal del feto, en hacer al bregma vencer la resistencia del perinéo, estendiéndolo

y avanzando hasta salir por detras con la cara. No hay que advertir que ésta parte del mecanismo es igual en todas las variedades de la presentacion: solamente observarémos que en los casos raros en que la rotacion se ejecuta para atras, la estension se hace de otro modo: aunque la frente sobresale del púvis, se entra para desprenderse el occipucio primero por el perinéo (en estos casos excesivamente tirante) que luego retrayéndose abraza la nuca y le presta un punto de apoyo, luego se ve aparecer de nuevo la frente fuera del púvis, despues la nariz, la boca y la barba: algunas veces no sale primero el occipucio por detrás, sino que siguiendo avanzando la frente y la cara, y quedándose el bregma arriba del perinéo, se convierte en presentacion de cara la que era de vértice, y es necesario otro movimiento de flecsion para desprenderse, como luego verémos. Cuando en las variedades trasversales no se hace la rotacion interior, suele suceder que no avanza la cabeza, porque no lo hacen las espaldas encajadas en el estrecho superior, y entonces solo se desprende la cabeza artificialmente.

Por último, la rotacion esterior es debida á un movimiento igual que ejecutan las espaldas dentro de la escavacion, como vamos á ver, presentando algunas modificaciones dependientes de las que trae el de las espaldas.

Hemos dicho que estas se engastan en el estrecho superior en la direccion del diámetro trasverso cuando se verifica la rotación interior de la cabeza: en esta situacion ejecutan un movimiento de descension hasta llegar al perinéo: luego hacen una rotacion, en la que se coloca una detras del púvis y otra sobre la horquilla, siendo la izquierda en la variedades de la posicion izquierda la que corresponde atrás y la derecha en las otras, y por fin se desprenden, saliendo primero la que se coloca detras y luego la anterior. Mientras descienden las espaldas, el tronco del feto se dobla sobre un lado para acomodarse á la curva de la escavacion: durante la rotacion, ejecuta la cabeza al esterior un movimiento igual como dijimos. Algunas veces no es completo este movimiento, saliendo las espaldas oblicuamente;

ó no se ejecuta, haciéndolo trasversalmente como se colocan al entrar en la escavacion; ò finalmente se hace en sentido inverso del ordinario, es decir, la espalda que debiera moverse para atras, lo hace para el púvis, segun la posicion. Se comprende en todos estos casos que la rotacion esterior de la cabeza es incompleta ó nula, ó se hace para el lado opuesto al de la posicion.

La salida de la pélvis, en posicion regular, nada ofrece de particular en su mecanismo. Lo mismo se puede decir de los miembros que se acomodan perfectamente à la forma de las partes de la muger.

§ II.

Presentacion de cara.

La de cara es aquella en que se ofrece esta parte del feto en el plano del estrecho. Es la mas rara de todas, pues solamente se observa una entre mas de 300 partos, siendo mas frecuentes entre ellas las variedades mento-derecha trasversal y posterior. Ordinariamente son ocasionadas por una latero-version ó anteversion del útero, que al declararse el parto, hacen sea empujada la cabeza para abajo y el ladó opuesto al de la dislocacion, y deteniéndose la frente en el obstáculo invencible que encuentra en el lado respectivo del estrecho, principalmente estando mal conformado, se dobla la cabeza que venia de vértice para atras, y solamente avanza la barba: sé ha anunciado la presentacion de cara antes de comenzado el trabajo, en cuyo caso se ha escapado la causa que la ha producido.

Comunmente es la frente la primera que se ofrece al estrecho superior, no poniéndose horizontal la cara sino despues de la rotura de la bolsa: de modo que la cabeza está moderadamente doblada para atras, y la barba separada del pecho; las demas partes del feto quedan dispuestas lo mismo que en la presentacion de vértice: en cuanto á sus relaciones con las partes de la madre es fácil preveerlas en cada posicion: el mecanismo del parto se divide tambien en cinco tiempos.

Primero.—*Estension forzada.*—A las primeras contracciones del útero, despues de rota la bolsa, que es empujada la cabeza á la escavacion, es doblada fuertemente para atras hasta colocarse la cara en el plano del estrecho superior: de manera que el diàmetro fronto-barbado, viene á corresponder al del estrecho superior respectivo, segun la variedad de la posicion, la circunferencia de la cara á la del mismo estrecho, y toda la cabeza se mueve de manera de ser atravesada por el eje de la pélvis de la fontanela posterior al lábio superior.

Segundo.—*Descension.*—Comienza como en la presentacion de vértice: pero no permitiendo la poca longitud del cuello, ni el obstáculo del estrecho para el engastamiento de las espaldas, que baje la cara hasta el perinéo antes de la rotacion interior, tiene que suspenderse mientras se verifica este último movimiento; pero luego sigue sin interrupcion hasta el fin, recorriendo la parte que viene detras segun la variedad y luego la frente, verificada la rotacion interior, la concavidad del sacro y la prolongacion del perinéo estendido, y la parte anterior del cuello del feto solamente la altura del púvis.

Tercero.—*Rotacion interior.*—Mientras está suspendida la descension, ejecuta la cabeza una rotacion por la que se vienen la barba al arco puviano y el cuello al púvis, yéndose la frente á la concavidad del sacro: entonces el diàmetro bregma-barbado corresponde al cocci-puviano.

Cuarto.—*Flecsion.*—Desde que se hace la rotacion interior, desciende un poco la frente para caer sobre el perinéo: ademas en fuerza de las contracciones, avanza la frente franqueando la horquilla (enormemente estendida), luego sale el bregma, la sutura longitudinal, la fontanela posterior y el occipucio: mientras la barba colocada entre los brazos izquio-puvianos, tiene que elevarse hasta delante del púvis.

Quinto.—*Rotacion esterior.*—Es ejecutada lo mismo que en la presentacion de vértice.

Estos movimientos de la cabeza se verifican tambien simultáneamente como en la presentacion anterior; pues la e tension forzada para atras no se hace sino porque

comienza el descendimiento de la barba; ya hemos visto que la rotacion interior se verifica mucho antes de que llegue la cara al periné y la flecsion es un descendimiento de la frente.

La flecsion forzada se comprenderá atendiendo á que hallándose enderezada la cabeza y encontrando por esto la frente un obstáculo contra uno de los puntos del estrecho segun la variedad, la fuerza de las contracciones trasmitida por la columna espinal del feto, hace avanzar mas eficazmente la barba que la frente.

La rotacion interior es debida principalmente á la que hacen las espaldas para engastarse transversalmente en el estrecho. Se comprenden las modificaciones que traen en este movimiento las posiciones y las variedades, pues son las mismas que en las de vértice. Algunas veces es incompleto ó nulo: en algunas de las variedades posteriores, se verifica para atras, de manera que la barba se coloca en la parte media del sacro y la frente detras del púvis por las mismas causas que sucede en la presentacion de vértice esta irregularidad.

La flecsion de la cabeza depende al principio de su peso y luego de la resistencia del púvis que hace se empleen las fuerzas en el avanzamiento de las partes que quedan atras. En los casos excepcionales en que la rotacion interior es incompleta, ó nula, ó se hace para atras, no se termina el parto por sí solo, por no permitir las espaldas el avanzamiento del feto, ni poder pasar entero el diámetro occipito-barbado por el estrecho inferior, á no ser que las dimensiones de la cabeza sean pequeñas relativamente á la amplitud de la pélvis ó que la punta de la barba no pase del ligamento sacro-sciático, para que fijándose allí, deprima las partes blandas que solamente hay en esa parte del estrecho inferior, se aumente tres ó cuatro líneas el diámetro oblicuo y puedan desprenderse por el púvis las partes que ordinariamente lo hacen por la horquilla, entre ellas el occipucio que es á donde corresponde la otra estremidad del diámetro occipito barbado: por último, el principio de la flecsion se ejecuta algunas veces antes de la rotacion interior, principalmente en las variedades posteriores de la presentacion.

Espulsada la cabeza, siguen las demas partes del feto ejecutando movimientos del todo iguales á los descritos antes, correspondiendo las anteriores al lado de que viene la barba y las posteriores al de la frente.

§ III.

Presentacion de pélvis.

Comprendemos por esta presentacion aquella en que la pélvis del feto corresponde al estrecho superior y la cabeza al fondo del útero. A diferencia de la mayoría de los parteros, no debemos hacer de acuerdo con los otros, otras presentaciones de los pies y de las rodillas, cuando éstas vienen primero: pues la movilidad de los miembros inferiores y su poco volúmen que les permite acomodarse bien á las partes de la muger para salir y no ofrecer resistencia alguna, y sobre todo, que en nada se modifica el mecanismo del parto en esta presentacion ya salgan antes ó despues de la pélvis los miembros inferiores, autorizan á no estudiar la salida de esta estremidad del feto, sino desde que llegan las nalgas al estrecho.

Esta presentacion es menos frecuente que la de vértice; pero mas que la de cara; de modo que ocurre una por cada 34 ó 35 partos; las variedades sacro-izquierda anterior y sacro-derecha posterior son como las de vértice, y por la misma causa, las mas frecuentes: es raro que salgan primero los pies y una que otra vez lo hacen las rodillas. No son conocidas las causas de esta presentacion, quizá por algun movimiento desordenado de la embarazada, principalmente estando acostada ó colgando la cabeza y durante la época de la gestación en que el producto de la concepcion flota libremente en las aguas, su cabeza se va al fondo, y sus nalgas al cuello del útero y permanece así hasta el parto.

Unas veces se engastan al mismo tiempo en la escavacion las nalgas con los pies, cruzados como ya hemos dicho están dentro del útero, es decir, de mo-

do que cada talon toca á la nalga del otro lado: otras veces lo hacen solas, estendiéndose las piernas contra el vientre del feto, ó quedándose dobladas contra los muslos, y otras son llevados á la vagina los dos pies, ó uno solo, ó las rodillas, por el golpe del agua al rotarse la bolsa ó por otra causa, antes que salga la pélvis, avanzan y salen de la vulva por un mecanismo de poca importancia y facil de concebir.

En todos casos al llegar las nalgas al estrecho superior, comienza el mecanismo del parto, para comprender el cual, debe tenerse presente la situacion del feto y sus relaciones con la pélvis de la madre que es fácil imaginarse en cada variedad de la presentacion y segun salen antes ó no, uno ó los dos pies ó las rodillas.

Desde luego descienden gradualmente en fuerza de las contracciones uterinas en la posicion que tienen, hasta llegar al perinéo, recorriendo la nalga que viene detras, la curba de la escavacion y perinéo estendido. Llegando á este tabique, al mismo tiempo que avanzan estendiéndolo, ejecutan una rotacion interior por la cual viene á colocarse entre los brazos izquio-puvianos la nalga que es anterior, segun la variedad de la posicion, ó la posterior algunas veces y la otra va á corresponder á la horquilla. A esta rotacion sucede el desprendimiento, que consiste en que la nalga posterior atraviesa la horquilla, entrándose la otra y fijándose contra el púvis, para desprenderse despues: suele suceder que no haya rotacion interior, entonces el desprendimiento se hace como vienen. Por último, algunas veces hay una rotacion esterior en que las nalgas se vuelven á colocar como venian antes, segun la variedad de la posicion.

Mientras el descendimiento de las nalgas, se encorva el feto sobre el lado que viene por delante para acomodarse á la curva de la escavacion. De la rotacion interior participa todo el feto, ó la cabeza se fija dentro del útero y entonces aquel sufre una torcion.

Despues de las nalgas sigue saliendo el vientre y el pecho del feto. Al llegar las espaldas al perinéo ejecutan los mismos movimientos que las nalgas, para desprenderse el codo y hombro que van atras antes

que los que vienen contra el púvis. Algunas veces se enderezan uno ó los dos brazos, quedándose dentro.

Mientras este desprendimiento, se engasta la cabeza en el estrecho superior doblada contra el pecho y guardando con él las mismas relaciones que en la presentacion del vértice, segun la variedad, sin mas diferencia que estar la coronilla para arriba y no para la vulva. De esta manera desciende, ejecuta una rotacion en que la nuca viene contra el púvis y la cara va á dar á la concavidad de la escavacion y se desprende doblándose mas y mas, de modo de ir apareciendo fuera por la horquilla la barba, la cara, la frente, el bregma, la coronilla y el occipucio. En las variedades posteriores, la rotacion de la cabeza no se hace colocándose el occipucio detras del púvis, sino para atrás: entonces el desprendimiento se verifica de uno de los modos siguientes: ó descendiendo doblada contra el pecho hasta llegar la nuca á la horquilla, se fija allí y por el arco puviano se ven salir la barba, cara, frente, &c. por una flecsion: ó, estendiéndose la cabeza al descender, porque se detenga la barba arriba del púvis, se fija detras de él el cuello y va saliendo por la horquilla el occipucio, la coronilla, el bregma, la frente y lo demas de la cara, aumentándose la estension. Algunas veces al descender la cabeza, se endereza porque se detiene la barba, y la rotacion del occipucio se hace para el púvis; en este caso no sale sin la intervencion de la cirugía. Lo mismo sucede cuando por desgracia se han quedado dentro con la cabeza uno ó los dos brazos.

§ IV.

Presentaciones de los lados del tronco.

Se comprenden en el tronco todas las partes que hay entre los hombros y los cuadriles. Nunca se presenta el feto por el plan anterior ó por el posterior del tronco, sino que cuando está atravesado, descansa sobre un lado, por eso se admiten solamente las presentaciones de los lados del tronco. La salida de un brazo no influye absolutamente para que deban formarse nuevas presentaciones.

Son raras; pero menos que las de cara, pues se observa una por cada 230 de las demás: la del lado derecho más que la del otro. La pequeñez del feto, las latero-versiones del útero y los vicios de conformacion y de inclinacion del estrecho superior predisponen á ellas en general: los fuertes y repetidos sacudimientos y un violento susto, segun se dice, las determinan. En algunas mugeres todos los fetos vienen en estás presentaciones.

Las más veces es una espalda la que se coloca en el centro del estrecho, saliendo frecuentemente el brazo correspondiente, pero tambien se ofrece una cadera ú otro punto de los lados del tronco. El nombre de la presentacion dice la espalda y cuadril que ven para el estrecho y el lado que corresponde al fondo del útero: el de la posicion, el lado de la madre á que corresponde la cabeza del feto y al que toca la pélvis: las demás partes tienen las relaciones siguientes: Primero, en la posicion izquierda de la presentacion del lado derecho, el occipucio, la columna espinal y el sacro quedan para adelante, mientrás que la cara, el pecho con los brazos cruzados sobre él, ó solo el izquierdo si el derecho cuelga en la vagina y el vientre con las piernas dobladas contra él corresponden á atrás, y en la posicion derecha del mismo lado derecho, el occipucio, espinazo y sacro ven para atrás, mientras la cara, pecho y vientre con los miembros están para adelante de la madre: Segundo, para la presentacion del lado izquierdo, en la posicion izquierda están las partes posteriores y anteriores del feto, como en la derecha de la presentacion derecha con las diferencias que traen la posicion de la cabeza en el lado opuesto, y en la posicion derecha están como en la izquierda de la presentacion derecha, con las mismas diferencias que la anterior.

Casi nunca se verifica el parto por sí solo en estas presentaciones, sino con intervencion de la cirugía, pues como se concibe, solamente puede salir el feto colocándose la cabeza ó las nalgas en la escavacion, lo cual no hacen por sí solas las contracciones uterinas.

Cuando ha solido verificarse el parto por sí solo en una presentacion de los lados del tronco, ó bien las mas enérgicas contracciones han podido poco despues de rota la bolsa, desviar la espalda que se presenta para una fosa iliaca interna, y empujar la cabeza ó las nalgas para la escavacion, y luego ha seguido el trabajo como en la presentacion de una de estas estremidades: ó bien, descendiendo la espalda que se presenta, doblándose fuertemente el feto sobre el lado opuesto, hasta tocarse un lado de la cabeza con el cuadril respectivo, y deteniéndose pronto dicha espalda por no permitirle la poca longitud del cuello ir mas adelante, se ha verificado una rotacion por la que se ha venido á fijar el lado del cuello contra el púvis, y las nalgas han ido á la concavidad del sacro, por donde han podido resbalarse y salir la parte lateral del vientrecito, luego la cadera, el muslo, los pies, y despues las espaldas y la cabeza como en la presentacion de pélvis. Para estos partos han sido necesarias condiciones muy favorables respecto de la energía de las contracciones, de la amplitud de la pélvis, de la pequeñez del feto &c. Es imposible que descendiendo la espalda á la escavacion, se resvalara la cabeza en lugar de la pélvis, á no ser en un aborto ó estando podrido el feto, y la salida del brazo vendria luego á estorbar su espulsion. 1

ARTÍCULO III.

Diagnóstico y pronóstico del trabajo.

Conocidos los fenómenos del trabajo veamos cómo se diagnostican, llenando al mismo tiempo el hueco que hemos dejado en el diagnóstico del embarazo. Tam-

1 Sin embargo, he observado esta evolucion cefálica, en un caso de posicion céfalo-derecha de presentacion del lado derecho, con salida del brazo; pero estaba muerto el feto hacía algunas horas, habia sido amputado el otro brazo con parte de la espalda por un comprofesor, de presentacion izquierda que era se habia hecho derecha y practiqué algunas maniobras ligeras.

bien es necesario dar á conocer la influencia del trabajo en la salud de la madre y del infante, haciendo una comparacion entre los peligros que tiene cada presentacion y los accidentes á que dan lugar, para que se prevean á tiempo y se acuda con oportunidad á ellos con los medios que el estado de la ciencia proporciona.

§ I.

Diagnóstico.

Primero.—*Presentaciones.*—Desde mucho antes del trabajo puede ser conocida en el mayor número de casos la posicion del feto con relacion á la madre: las espaldas del feto corresponden á la parte del vientre en que se halla el centro de intensidad de los latidos del corazon, y su parte anterior al lado en que son sensibles con mas constancia los pequeños movimientos de sus miembros y se perciben las desigualdades que forman: en las posiciones izquierdas se encuentra de este lado del vientre de la madre el centro de las pulsaciones del corazon fetal, en las derechas del otro lado, y adelante á un lado ó detras segun es la variedad.

En la presentacion de cabeza el vientre tiene la forma globulosa que hemos descrito, se perciben con mas intensidad los latidos del corazon del feto abajo de la altura del ombligo; siendo la cabeza, como ninguna otra parte, redondeada para acomodarse perfectamente en la circunferencia del estrecho superior, desciende bastante é impide casi completamente la interposicion del agua del Amnios entre ella y las membranas para ser alcanzada con facilidad, y siendo por otra parte bastante dura, puede ser distinguida aun al travez de la porcion inferior del útero, bajo el aspecto de una superficie ancha, redondeada, lisa y dura. Cualquiera otra presentacion trae todas las dificultades contrarias, de manera que siempre que en los últimos dias del embarazo y mas particularmente en el primer tiempo del trabajo no se alcance por la palpacion vaginal una porcion del feto, es de temerse una mala presentacion, ó

que la cabeza trae algun tumor que le impide descender al estrecho superior, ó algun obstáculo por parte de la madre, ó en fin, es de pensarse en una preñez gemelar en que los fetos se incomodan mutuamente para descender alguno. En la presentacion de pélvis se palpa á un lado del estómago de la embarazada el tumor duro y globuloso de la cabeza, al mismo tiempo que nada se toca del feto sobre el cuello uterino, el centro de los latidos del corazon está al nivel ó arriba del ombligo. Por último, se presume una presentacion de plan lateral del tronco, cuando el vientre es mas ancho que de ordinario y tiene una forma muy irregular, se encuentra en una fosa iliaca la cabeza, bajo el aspecto de un tumor globuloso y duro, se sienten en los lados del vientre resistencias sólidas que no hay ordinariamente: puestas las manos en estos puntos, se hace mover de uno á otro lado el feto, notando qué está acostado sobre el estrecho, y por otro lado nada se alcanza por el cuello del útero, estos últimos signos hacen que no se confunda con una preñez gemelar ú otro caso análogo.

Durante el trabajo es cuando el diagnóstico de las presentaciones tiene toda su importancia y vamos á recorrer los signos de cada una.

Primero. En la presentacion de vértice se toca sobre el cuello uterino una superficie redondeada, lisa y resistente: introduciendo el dedo en el orificio para recorrer esta superficie, se encuentra la sutura longitudinal dando la sensacion de un hundimiento angosto que termina por sus estremos en las fontanelas, y tomando razon de la direccion de la sutura y de los caracteres de cada fontanela, segun los hemos descrito al hablar del desarrollo del feto, para asegurarse del lugar del estrecho á que corresponde la posterior, en cuyo lado queda el occipucio, punto de referencia de la presentacion, se reconoce la posicion y la variedad, y se sigue la marcha del mecanismo del trabajo.

Segundo. La presentacion de cara no puede ser diagnosticada con seguridad antes de la rotura de la bolsa, por las razones que hemos dicho y menos durante cada dolor, que está tensa, voluminosa y con mucha agua

sin embargo, cuando se dejan deprimir bastante las membranas, ó acaban de rotarse, se alcanza á tocar la frente, bajo la forma de un tumor redondeado, liso, duro y dividido en dos partes por una sutura que solamente uno de sus estremos termina en una fontanela, es la anterior, pues el otro da en una cresta muy saliente y dirigida en el mismo sentido que dicha sutura, es la nariz. Recien rota la bolsa y perfeccionada la presentacion (v. el mecanismo), se notan ademas de estos signos, las aberturas de la nariz donde termina la cresta, la hendidura trasversal de la boca, dentro de la cual suele distinguirse la lengua y observarse los movimientos de succion que ejecuta el feto, y la punta de la barba; á los lados de la terminacion de la sutura y nacimiento de la cresta hay dos tumorcitos blandos rodeados de un círculo huesoso, es decir, los ojos. Cuando hace tiempo que la bolsa se ha roto, y por efecto de las contracciones uterinas, se ha hinchado la cara, escondiéndose la nariz entre los carrillos abultados y comprimidos uno contra otro, y frunciéndose la boca, parece una presentacion de nalgas, aumentándose las dificultades que por sí sola tiene la de cara, cosa tanto mas sensible, cuanto que es de lo mas importante un pronto diagnóstico, como luego verémos; pero poniendo mucho cuidado, se consigue evitar la ilusion, y ademas en estos casos se llega á alcanzar una oreja detras del púvis. Una vez reconocida la cara, por la direccion de la sutura y la cresta, y segun el lado para donde miran las aberturas de la nariz, pues allí quedará el punto de referencia, es decir, la barba, se vendrá en conocimiento de la posicion, de la variedad y demas del mecanismo de esta presentacion.

Tercero. En la de pélvis, ademas de lo referido arriba, se advierte durante el trabajo una bolsa muy voluminosa y aun alargada, que al rotarse deja salir mucha agua, ordinariamente con ruido, y hace que se suspendan los dolores ó disminuyan de intensidad por un largo rato, se dice que el orificio uterino es ovalado: ordinariamente sale el *meconio* á poco de rotarse la bolsa, y luego se perciben los demas caractéres, que son diferentes, segun que vienen primero los pies,

las rodillas ó las nalgas. En el primer caso, ó caen los dos pies en la vagina, y nada es mas fácil que distinguirlos de cualquiera otra cosa; ó apenas se alcanzan, ó solamente un pié desciende, y para no confundirlos con las manos, lo que es muy fácil, se recordará que los dedos son mas cortos y menos movibles que en las manos que están unidos al pié en línea recta, que el borde interno es mas grueso que el otro y que forma ángulo con la pierna, mientras en la mano son mas largos y movibles los dedos, el pulgar está separado de los otros, los bordes son igualmente gruesos y se une con el brazo en línea recta. Reconocidos los pies ó uno de ellos, y viendo para donde están dirigidos los talones es muy fácil inferir la posicion y la variedad, pues para ese lado queda el sacro del feto que es el punto de referencia. En el caso de que vengan primero una ó las dos rodillas, por su forma globosa, su dureza, el grueso de los miembros que continuan para adentro y el hundimiento que se encuentra en el dobléz de las corbas, se distinguen bien de los codos, que son pequeños, agudos en su estremidad, teniendo á sus lados dos eminencias huesosas igualmente agudas, y el hueco del doblez convecso: y de los hombros por los caractéres que veremos luego. La posicion y variedad se sacan por la direccion de las *espinillas*, que quedan del lado del sacro. En fin, cuando son las nalgas las que se presentan antes que otra cosa, se conocen en un tumor redondeado y blando que tiene en una parte de su circunferencia una porcion dura, es decir, uno de los cuadriles, en medio se halla, introduciendo mas el dedo, la hendidura de las nalgas, la punta del coccis, á la que sigue para arriba la superficie dura y desigual de la cara posterior del sacro y para abajo el ano, en que no se consigue introducir el dedo sino á viva fuerza cuando está vivo el feto y al que siguen las partes genitales, que permiten reconocer el secso del feto. Para venir en conocimiento de la posicion y variedad en una presentacion de nalgas, se atiende á la direccion de la punta del coccis que es opuesta á la parte á donde corresponde el sacro.

Cuarto. Por último, la presentacion de uno de los lados del tronco, de la que antes de rotas las membranas no se puede tener la certidumbre que importa tener muy anticipadamente, se conoce despues que se rotan, en que se percibe en el estrecho, un hombro, un codo ó una mano. Los signos que dan á conocer un hombro, son: un tumor duro y redondeado, con una cresta huesosa en un lado (el acrómion) que sigue para adentro y pertenece al hueso de la espalda (el homóplato), y en el otro, un hueso delgado y largo (la clavícula, vulgarmente la puente), que tambien sigue para adentro; con las costillas y sus intérvalos á un lado de este hueso, y una superficie plana terminada en un ángulo á un lado de la cresta huesosa, el hueso de la espalda, y por último, el hueco de debajo del hombro (la axila vulgarmente arca), al que se puede introducir el dedo ya por el lado en que se tocan las costillas ó ya por el del ángulo huesoso y el cual es cóncavo. Cuando viene un codo ó una mano, se perciben los caractéres ya referidos, y aun se ve la mano, cuando cuelga en la vagina. Con estos datos solamente puede reconocerse que es uno de los lados del tronco el que se presenta, y es lo unicamente necesario para nuestro objeto: dejamos al conocimiento del cirujano que se consulte los que dan á conocer el lado que es y la posicion que trae, que le son precisos para resolver el mejor modo de obrar.

Segundo.—*Otros fenómenos*—Ya hemos dicho que los dolores del parto comienzan en el ombligo y los riñones para amortiguarse en el perinéo ó la vulva, que son intermitentes, que mientras dura cada uno, el vientre está duro, el cuello uterino tenso, la bolsa resistente &c., y que cuando cesa se aflojan estas partes. Otros dolores hay, llamados *falsos*, que pueden ser tomados por los del trabajo; pero notando que son continuos y fijos en el punto enfermo y que no vienen acompañados de los demas síntomas del parto, es fácil saber de lo que se trata. La hidrorréa y el reumatismo uterino pueden inducir en un error; pero por los caractéres bien observados, que ya hemos dado de estas afecciones, se adquirirá la verdad. Ciertos dolores

uterinos, que vienen, se calman y repiten con regularidad en algunas embarazadas, y que reconocen ordinariamente la plétora por causa, pueden ocasionar una equivocacion peligrosa, si se obra como si fueran dolores de parto; pero es fácil observar que aun no ha llegado la época del trabajo, ni existen los demas signos. Una que otra muger ès acometida en los últimos dias de su embarazo de verdaderas contracciones dolorosas que se repiten á intérvalos iguales y se acompañan de la abertura del cuello y formacion de la bolsa; lo cual dura cuatro ó seis horas y luego vuelve todo á la calma: este aparato es muy difícil de distinguir del verdadero parto, y solamente una gran circunspeccion salva en estos casos la reputacion. Por último, puede declararse el parto prematuro: en estos casos el conocimiento de la época del embarazo y la existencia de alguna causa, indican la conducta que debe seguirse.

Al principio del trabajo, que con dificultad se alcanza el cuello del útero por estar muy atras y arriba, puede ser tomada la parte del útero que cubre el estrecho por la bolsa, y creerse que la dilatacion está muy adelantada, tanto mas cuanto que se reconoce bien la parte del feto que se presenta; pero recorriendo la circunferència del tumor hasta encontrar el orificio uterino aun no dilatado en la concavidad del sacro, ó si es la bolsa el reborde que forma, cuando está ampliado, se conoce el verdadero estado de estas partes.

Presenta sus difultades el cerciorarse si se ha roto la bolsa ó aun está intacta cuando en las presentaciones de vértice está aplicada contra la cabeza. Es preciso para conseguirlo, aguardar un dolor, y entonces interponiéndose la agua entre las dos, si la bolsa no está rota, ó reduciéndose la cabeza, si lo está, se toca ó un tumor liso que contiene agua, ó las arrugas de la piel bellosa de la cabeza.

El desprendimiento completo de la Placenta despues de la espulsion del feto, se reconoce en que ha habido nuevas y repetidas contracciones del útero despues del reposo que sigue á aquella espulsion, ordinariamente sale sangre por la vulva y se toca por la vagina

la Placenta y aun se distingue la insersion del cordon en ella; mientras que si no se alcanza, ni se ve escurrir sangre y por otro lado se palpa el tumor uterino sobre el nivel del ombligo y de una consistencia pastosa, es muy probable que aun no se ha verificado el desprendimiento. Cuando el tumor del vientre es poco voluminoso, duro, y está situado muy abajo del ombligo, y sobre todo, se siente la Placenta en la vagina, no puede caber duda sobre su salida del útero.

El diagnóstico de los demas fenómenos del parto nada ofrece de particular, bastando la descripcion de ellos dada arriba.

§ II.

Pronóstico.

El parto produce en general sobre la madre los efectos de una grande fatiga, de un dolor prolongado y de una herida estensa, que pueden prolongarse algunos dias despues: así es que muchas veces trae ansiedad, abatimiento, impresionabilidad y aun perturbacion de las facultades intelectuales: algunas veces produce accidentes mas ó menos serios, de los que nos ocuparemos en la segunda seccion; en fin no es raro ver sobrevenir la muerte, sin otro motivo que la conmocion nerviosa que causa el trabajo, y esto sucede tambien despues de algunos dias que ha ido bien la enferma.

El feto resiente la influencia que ejerce el parto, sobre la madre, y directamente sufre desde que se rota la bolsa, accidentes de que hablaremos despues, comprometiéndose muy facilmente su existencia, principalmente siendo varones.

La presentacion trae algunas modificaciones en el pronóstico que vamos ahora á manifestar.

La de vértice es sin disputa la menos resgosa de todas, por no traer los peligros que de las otras tenemos que darnos razon, y sin embargo, cuando la variedad de la posicion es de las trasversales, al llegar la cabeza al periné suele contenerse indefinidamente,

ya por falta de fuerza en el útero, ya porque se engastan las espaldas en el estrecho superior de modo de no permitir la rotacion interior: ahora, los efectos de la prolongacion del trabajo son bien funestos, como veremos despues: del mismo modo, cuando la rotacion interior de la cabeza se hace para atrás, como que para desprenderse, tiene el occipucio y el cuello que recorrer la estensa curba posterior de la escavacion, el cuello que encorbarse y la parte mas gruesa de la cabeza que vencer el perinéo, resulta tambien la prolongacion y aun cesacion del trabajo, por el largo camino que tiene que ir recorriendo el occipucio y el cuello, con quien no hay que contar cuando la rotacion es para el púvis, pues llegando el occipucio aquí, poco dura ya el trabajo: y por el mayor desperdicio de fuerza que hay, doblado el cuello que cuando está recto, para trasmitirla contra las resistencias que se presentan: igualmente resulta la rotura del perinéo por el ecsesivo volúmen del occipucio, y la inclinacion para el ano que trae. En estas circunstancias es en las que se ha visto rotar el perinéo quedando intacta la horquilla. El encorvamiento del cuello del feto, entorpeciéndo la circulacion de la cabeza, trae un ataque de sangre al cerebro.

La de cara es tan grave que no se creía posible el parto sin la intervencion de la cirugía. Lo cierto es que el trabajo es muy prolongado y grave para el feto y la madre, y con frecuencia, es preciso el *Forceps* para desencajar la cabeza de la escavacion, ya por estrecha, ya porque la rotacion interior se hace para atrás ó ya porque peligra la vida del feto; y por regla general las operaciones esponen á accidentes mas ó menos graves. Depende la prolongacion del trabajo en esta presentacion de que la forma de la cara no es propia para la dilatacion del cuello del útero, lo encorvado del cuello desperdicia la fuerza de las contracciones, y encajándose algunas veces la cabeza ó los hombros en la escavacion, no avanzan sin los recursos de la cirujía. Ademas de los peligros que corre el feto por estas causas, hay una circunstancia que se agrega á la prolongacion del trabajo para producir

la interrupcion de la circulacion de la sangre en la cabeza, y es la fuerte compresion que sufre contra el púvis la parte anterior del cuello desde que llega á esta parte, por eso se ve el recien-nacido con la cara negra, los lábios y carrillos hinchados y oculta la nariz: tambien hay la de que escurriéndose mucha agua por la forma de la cara, sufre el feto, y lo que es mas el cordon, una compresion prolongada de fatales consecuencias.

Todavía es mas peligroso el parto en la presentacion de pélvis, principalmente para el feto. Cuando ya ha salido lo mas del feto y queda todavía la parte mas voluminosa dentro, es decir la cabeza, es cuando falta al útero la fuerza para espulsarla, porque ya está cansado y porque sus fibras están acortadas, lo cual no sucede en las presentaciones de vértice y de cara, en que estando lleno, las fibras tienen su tirantez y pueden contraerse, ó lo que es lo mismo acortarse: la forma de las partes no es propia para la dilatacion del cuello del útero: resulta de todo esto una prolongacion mayor del trabajo con sus graves consecuencias. Hay una circunstancia que toca peculiarmente al feto y que es causa de su muerte, cual es la compresion del cordon por las partes y el desprendimiento de la Placenta, antes de la salida de la cabeza, lo que hace que antes del establecimiento de la respiracion se interrumpe la comunicacion de la circulacion del feto con la de la madre: tambien en la descencion se llena la nariz y la garganta del feto de mucosidades que impiden su respiracion.

Pero nada es mas funesto como una presentacion de los lados del tronco, pues siendo ecepcionalísima la terminacion natural del parto en tales casos, y aun dado caso que así suela suceder, resulta por la repeticion de las contracciones una rotura del útero prontamente mortal ó su inercia con las consecuencias de la retencion del feto muerto en el útero que hemos ya señalado al tratar de la preñez extra-uterina y del aborto: por otra parte, la simple prolongacion del trabajo trae accidentes graves, como veremos, y las maniobras que son necesarias para evitar estos terribles efectos, son graves para la madre, y peligrosos para el feto, tanto mas, cuánto mas largo tiempo ha trascurrido desde la ro-

tura de la bolsa. Es por tanto un deber imprescindible, diagnosticar estas presentaciones, si posible es, antes de rotarse la bolsa de las aguas, y hacer que cuanto antes se procure á un cirujano ejercitado para que salve á la madre y tambien al feto, principalmente en este pais de cristianos.

Los peligros del parto prematuro son tanto mas parecidos á los del aborto, cuanto menos dias del octavo mes del embarazo han pasado.

El aborto es una afeccion siempre mortal para el producto de la concepcion, pues es espulsado antes de que pueda vivir con independencia. La madre queda mas espuesta que en el parto á las enfermedades agudas del vientre que son graves, á las crónicas y á que se repita el accidente en un nuevo embarazo: cuando se verifica en el tercero ó cuarto mes de la gestacion, es muy penoso y trae los peligros inmediatos referidos en los síntomas: del quinto al sesto mes, es menor la gravedad: en los primeros dias del embarazo solamente es una indisposicion ligera: en fin por lo que hace á las causas, el provocado es mas grave que cualquiera otro, las causas violentas y las enfermedades agudas lo hacen mas peligroso que las lentas.

CAPÍTULO SEGUNDO.

Del Puerperio.

Despues del parto vuelven los órganos genitales y toda la máquina al estado anterior al embarazo en un periodo de tiempo llamado *estado puerperal ó puerperio*: mientras dura, se presentan fenómenos que no deben ser pasados en silencio. Ademas, en el reciennacido se suceden otros sobre los cuales es muy interesante dar una rápida ojeada.

ARTÍCULO I.

Fenómenos puerperales.

A la agitacion tan fuerte que trae el trabajo, sigue el cansancio, una lascitud semejante á la que viene por

un ejercicio forzado, una torpeza de cerebro, como despues de haber ocupado fuertemente la atencion, y una debilidad general proporcionada á la pérdida de sangre. Apenas es llevada la enferma á su cama y ya es acometida de un calosfrio, algunas veces tan estremo que se chocan unos con otros los dientes: pronto es reemplazado por una intensa calentura, manifestada por el aumento del calor de la piel y la frecuencia mayor del pulso, que de cerrado que estaba, se vuelve ancho y blando: y un sudor abundante, un sueño apacible y una calma completa ponen fin á los padecimientos pasados, quedando solamente una impresionabilidad muy delicada para cualquiera causa. La humedad de la piel dura unos ocho dias, y cuando por un celo imprudente se abruma á la paciente con mucha ropa, es muy molesto y aun brota una erupcion demasiado incómoda.

Verificado el parto se reduce el útero á un tumor globuloso que se eleva sobre el púvis como unas tres pulgadas (27 cent.): luego va reduciéndose poco á poco de modo de volver á su tamaño primitivo á las seis semanas, sin mas diferencia que un poco mas de grueso y de blandura. Las dos hojas de los ligamentos anchos, desdobladas para abrazar el útero desarrollado, vuelven á acercarse y á unirse para reformarlos, tomando las trompas que con los ovarios vuelven á sus posiciones ordinarias. La reduccion del volúmen del útero se verifica, como en el parto, por alternativas de contraccion y descanso, con la diferencia que no hay dolor y solamente se nota cada contraccion por la dureza que adquiere el útero de intérvalo en intérvalo. Estas contracciones esprimen la sangre de que está empapado el tejido del útero y la espulsan de su cavidad, así como los retacillos de membranas que suelen quedar despues de la descarga y los líquidos que se forman en el periodo que vamos describiendo: á su vez estos productos las provocan, por convertirse en cuerpos estraños que exitan el útero. Algunas veces no hay estas contracciones, resultando el terrible accidente llamado *inercia del útero*: otras son acompañadas de dolor y constituyen los *pujos uterinos*,

conocidos vulgarmente por *entuertos*. En las primerizas y en las gruesas no es facil palpar por el vientre el útero despues del octavo dia del puerperio: en las demas no es así, pues pasados quince dias todavía se nota elevado dos dedos sobre el púvis: algunas veces llega muy cerca del hombligo, porque es muy débil la contractibilidad de tegido y quedan considerablemente gruesas las paredes del útero: otras veces estando disminuido, vuelve á aumentar de volúmen por un poco de tiempo y luego disminuye de nuevo; esto se atribuye á que el tegido del útero se empapa de sangre por intérvalos, ó su cavidad contiene gruesos coágulos: otras en fin, aumenta de volúmen y se pone doloroso, lo cual significa su inflamacion ú otra enfermedad aguda.

La cavidad del útero se reduce á muy pequeñas dimensiones inmediatamente despues del parto, su cara interior se pone blanda, rojiza, desigual, cubierta de sangre y de una membrana fácil de desgarrar, dejando entonces descubierta la capa muscular del órgano: la porcion en que se adheria antes la Placenta está mas gruesa y subida de color es redonda, prominente y desigual, muy parecida á la Placenta. Todos estos caractéres van desapareciendo gradualmente hasta ponerse el útero en sus condiciones ordinarias, mediante la formacion de un líquido que sale al esterior, y se llama *loquios*, vulgarmente *purga*. Poco despues de suspendido todo escurrimiento, verificada la descarga, comienza á salir sangre pura, perfectamente coagulable: á las doce ó quince horas pierde su color y consistencia; de modo que corrido algun tiempo no es mas que una serosidad sanguinolenta mesclada con mucosidades y restos de secundinas: cuando sobreviene la *calentura de leche*, se suspende de nuevo el escurrimiento ó disminuye á lo menos su cantidad: pasada la calentura, reaparece la salida de la serosidad que deja de ser sanguinolenta el octavo dia; sin embargo, algunas veces sale sangre pura líquida ó en cuajarones todavía en esta época: despues presentan los loquios el aspecto de una verdadera supuracion, cuyo orígen es la porcion saliente desigual y roja del útero de donde se ha desprendido

la Placenta que es una positiva ulceracion, de modo que es un líquido consitente, amarillento, de un olor propio mas ó menos fuerte, segun cada individuo y la limpieza que se tiene [1], su cantidad varía, así es que en los primeros dias generalmente se ensucian muchas sábanas, y luego menos hasta su completo agotamiento, en las que dan de mamar es poco abundante: su duracion es igualmente variable, siendo de 15, 22 ó 30 dias en las que dan de mamar, mientras que en las que no lo hacen se prolonga mes y medio ó dos meses. Para cesar el escurrimiento, va disminuyendo gradualmente, luego se suspende algunas horas, un dia y mas tiempo, reapareciendo por ratos mas y mas cortos hasta su cesacion definitiva. Algunas veces se prolongan extraordinariamente los loquios por algunas de las causas que toca averiguar y combatir al médico: otras duran muy poco, porque el útero vuelve pronto á su estado natural, ó lo que es mas frecuente, porque viene alguna afeccion cuyos síntomas la ponen de manifiesto: en fin, los caractéres de los loquios son algunas veces diferentes de los referidos, lo que indica la existencia de algun accidente grave dado á conocer mas adelante.

El cuello del útero queda despues del parto, ancho, blando, desigual y con poca resistencia; luego va adquiriendo longitud y consistencia, de modo que á los 30 dias tiene sus caractéres anteriores, salvo la menor longitud, la mayor blandura, la diferente forma y las desigualdades descritas en otra parte y proporcionales al número de partos verificados.

La ampliacion de la vagina va desapareciendo, aunque lentamente, reformandose las arrugas naturales de la cara interior.

Los grandes labios y el perinéo quedan delgados, estensibles, arrugados y salientes; pero vuelven á sus condiciones habituales en poco tiempo. La rotura de la horquilla que sucede en las primerizas se cicatriza pron-

1 El olor de la enferma depende tambien del sudor y de l leche derramada en la ropa que se agria.

to. Algunas veces se encuentran en estas partes roturas mas ó menos profundas que causan un incómodo escorsor, y exigen una curacion delicada.

Las incomodidades de la orina desaparecen con el parto; sin embargo, algunas veces hay dificultad y dolor para mear á causa de que se inflama el meato urinario: otras veces al contrario, paralizada la vegiga por una compresion prolongada, que sufre cuando permanece mucho la cabeza del feto en la escavacion, hay retencion de orina, lo que esplica el malestar y el sufrimiento de algunas paridas.

El estreñimiento de la gestacion se prolonga todavía despues del parto otros 4, 6 ú 8 dias: suele durar mas tiempo, cuando el intestino recto se paraliza por la prolongada compresion referida antes; entonces hay ansiedad, dolor de cabeza, insomnio, pesantes y aun dolor en una fosa iliaca interna, calentura algunas veces, de modo de hacer creer en una inflamacion del útero ú otra parte del vientre.

Las hemorroides, el hinchamiento de las venas de las piernas, el aflojamiento de las sínfisis de la pélvis, las hidropesías &c. desaparecen igualmente en pocos dias; sin embargo los primeros achaques no lo hacen del todo.

La gana de comer se abre pronto, cesan las demas alteraciones de la digestion y solo queda por algunos dias ahilamiento de estómago y sed.

Las paredes del vientre quedan muy flojas y arrugadas inmediatamente despues del parto; pero luego van recobrando tirantéz, aunque es menor que antes á proporcion del número de partos. Algunas veces permanecen en un estado de flojedad, que causa la anteversion del útero, como ya lo hemos notado. Las grietas que no se han cicatrizado, lo hacen pronto, dejando las fajas blancas, de que hemos ya hablado.

En fin, desde los primeros dias del parto se presentan otros fenómenos que dependen de la actividad mayor en que entran las mamas al establecerse el trabajo de formacion de la leche. Hemos dicho en otra parte que desde la gestacion se abultan estos órganos, se endurecen y hacen dolorosos: este estado guardan hasta

las 48 horas despues del parto poco mas ó menos: en cuyo tiempo suben mucho de punto estos síntomas, se engruesan las venas de los senos, el líquido amarillento que se forma desde los últimos meses del embarazo, llamado *calostros*, y que á las 24 horas de pasado el parto es ya sensiblemente blanco, consistente y azucarado, toma todos los caractéres de la leche bien formada: al mismo tiempo invade la *calentura ó fiebre de leche*, que consiste en aceleracion moderada del pulso, que de pequeño que era pasa á ancho, calor y sequedad de la piel á que sigue un abundante sudor: dolor de cabeza, rubicundéz y animacion de la cara, sed é inapetencia y suspension del escurrimiento loquial. Raras veces precede calosfrío. La calentura sigue hasta las 12, 24 ó 36 horas por lo comun, pocas veces llega á 48: suele prolongarse por 3 ó 4 dias; pero entonces adquiere los caractéres de una *fiebre intermitente* (frios) que se cura como la ordinaria. En las que dan de mamar luego y en las primerizas son poco intensos estos síntomas; pronto se aflojan los senos y siguen formando la leche hasta que deja de darse de mamar, entonces vuelven á su primitivo estado, con diferencia de un poco mayor abultamiento y flojedad que antes del primer parto y la permanencia de los otros signos referidos en otra parte. En otros casos, muy comunes, no se presenta la calentura, aun cuando se hinchen los senos y sea muy abundante la leche. En las mugeres de que ya hemos hablado, en quienes los senos se marchitan durante el embarazo, nada se presenta por este lado despues del parto, ni viene tampoco la calentura de leche. Por el contrario sucede, principalmente en las que no dan de mamar luego, que la fiebre es intensa, el abultamiento y dureza de las mamas es ecsesivo, estendiéndose hasta el hueco de los brazos, lo que impide acercarlos al tronco, se forman grietas en el pezon, está la piel tan tirante en esta parte que no permite la libertad en la respiracion, en fin, hay una inflamacion que suele ir hasta la supuracion del tumor: la duracion y la intensidad de estos síntomas es tanto mayor, cuanto mas difícilmente escurre la leche por el pezon y menos abundante es el sudor

y la cantidad de los loquios. Cuando no se forma supuracion vuelven los senos á su estado natural de los 8 á los 15 dias en los que no dan de mamar. No nos detendrémos en la descripcion de los caractéres de la leche, pues es sabido lo difícil que es decidir por ellos solamente la buena ó mala calidad de este líquido.

No siempre que el feto muere dentro del útero es espulsado luego que se presentan los síntomas del parto ó del aborto: algunas veces cesan éstos y viene una calma que hace creer que todo ha terminado. Entónces sucede ó que pasado algun tiempo, que varía mucho, se declare un nuevo aparato de síntomas seguido de la espulsion del feto con poca ó ninguna hemorragia aun tratándose de un aborto: ó que permanezca indefinidamente dentro del útero, convirtiéndose en una especie de momia: ó en fin, y esto es lo mas frecuente, que estando rota la bolsa y penetrando el aire, se corrompa el producto de la concepcion y se declare la peligrosa fiebre que hemos temido en otro lugar. Aun cuando no sea espulsado un feto muerto dentro del útero, no deja de presentarse á los dos ó tres dias de la aparicion de los síntomas de espulsion, la calentura de la leche: únicamente se nota que no hay escurrimiento de los loquios.

ARTÍCULO II.

Fenómenos del recien nacido.

Luego que sale el feto de la vulva, si está en perfecta salud, dá un grito, no ahogado, sino bastante fuerte, que seña la el establecimiento de la respiracion, es decir, la penetracion en los pulmones de la sangre que circula, y su vivificacion por el aire que entra á éstos órganos. Miéntras no se desprende la Placenta de sus adherencias con el útero, se nota todavía la circulacion de la sangre por el cordon. Desde este momento se establece el ejercicio de todas las funciones del individuo con entera independencia de la madre, sino es la que queda con motivo de la lactancia;

así es que deja la sangre de circular por el cordon hombilical, principalmente si está ligado, y de pasar por la comunicacion que hay entre la arteria de los pulmones y la que vá á todas partes del cuerpo, cerrándose esos conductos y convirtiéndose en unos cordones sólidos. Algunas veces no dá el feto el grito referido ó lo dá muy débil, lo que indica un estado de sufrimiento que luego nos ocupará.

La porcion del cordon que se deja unida al hombligo, cuando se corta y liga, comienza por enfriarse y adelgasarse; á las 24 horas se encuentra morena y de mal olor; á los 2 ó 3 dias, se pone negra y comienza á desprenderse del hombligo, donde se forma una úlcera que supura: del cuarto al octavo dia cae, quedando la úlcera: por fin al poco tiempo se cicatriza ésta, se hunde y adquiere esta parte el aspecto bien conocido del hombligo. Algunas veces se prolonga la supuracion, por accidentes que tenemos que tratar despues.

A las pocas horas de nacido el feto, ensucia los vestidos con la orina y los escrementos que aparecen bajo la forma de una materia negrusca y pegajosa, llamada *meconio*. Este acto solo deja de verificarse en el caso raro de venir cerrado alguno de estos conductos.

En fin, pronto busca el pezon, que al principio es necesario enseñarle á tomar. Algunas veces no puede mamar por tener muy corto el frenillo de la lengua, por estar dividido el paladar ó por otros motivos que luego examinarémos.

TÍTULO SEGUNDO.

Cuidados que deben ser prestados en el parto.

Tocamos á la parte mas importante de la Tocología y á la que han tendido las consideraciones que la han precedido, porque el mejor modo de ser útil es conocer todas las circunstancias de cada caso y no hacer á ciegas maniobras y remedios cuyo objeto se ignora.

No es facil que queden comprendidos todos los casos que se ofrecen en la práctica en el conjunto de

reglas generales que se prescriben para dirigirse en la conducta que se ha de seguir en cada uno, pues lo vario de las individualidades, que hace cambiar al infinito la manera de presentarse los fenómenos y es luye el que haya una mayoría de semejanzas, hace que la doctrina se modifique á cada paso; pero probando vencer las dificultades, espondrémos primero los servicios que se prestan durante el trabajo, y despues los que se hacen en los dias siguientes.

CAPÍTULO PRIMERO.

Durante el trabajo.

Distinguirémos los casos ordinarios y los que por alguna circunstancia requieren cuidados especiales.

ARTÍCULO I.

En los casos ordinarios.

Cuando se asiste por primera vez á una parturiente se debe ante todo obtener su confianza, dirigiéndole las preguntas en un órden tal de descencia, que sea poco notable el paso á las que causan pudor y se pueda llegar sin oposicion á practicar las maniobras que sean necesarias: manteniendo un aire de dulzura al mismo tiempo que de gravedad tal que indique el interes que se toma por la paciente; pero sin descender á llanezas impropias del ministerio que se desempeña: y respetando las preocupaciones del comun, de modo de ceder á las que no causan perjuicios para que aunque por un lado sea en perjuicio de la ciencia, por otro se adquiera el prestigio que el práctico sabe cuanto vale para ser obedecido ciegamente en sus prescriciones, y para poder desterrar las preocupaciones cuyos resultados son lamentables.

Los informes que se toman de luego á luego son: el tiempo que hace que han comenzado los dolores y su frecuencia, duracion é intensidad, para ver si hay tiempo todavía de tomar todos los demas que son necesarios

para ser lo mas útil posible y asegurarse por sí de aquellos. En estos casos se tomarán los siguientes:

No es fuera de propósito informarse, si la muger que se tiene presente está embarazada; pues sucede que engañadas algunas por los dolores que sienten, sorprenden á una matrona confiada, que se previene para un parto, y mas tarde tiene la vergonzosa certidumbre de que no habia embarazo: y por otra parte nada es mas fácil que averiguarlo, recordando lo que tenemos dicho sobre los signos del embarazo.

Es de la mayor importancia asegurarse de que se trata del verdadero trabajo. Para lo cual se indagará si ya es época del parto, recordando los signos de las diversas épocas de la preñez que ya hemos presentado; y ateniéndose mejor á los signos presentes, observados por sí que á las respuestas de la paciente, que muchas veces no sabe contestar con la precision necesaria. Igualmente se atenderá uno rato á los dolores para notar sus caractéres y ver si son verdaderas contracciones uterinas, ú otra cosa, segun dijimos antes, recordando que solamente el tacto vaginal revela la verdad en los casos difíciles. Si aun no está borrado el cuello, si aun está resistente aun en los intérvalos de los dolores, si éstos son irregulares y promovidos por alguna causa de las que provocan el aborto ó el parto prematuro, es evidente que no se trata de un parto á término.

No cabiendo duda en que la paciente está en trabajo, se procede luego á ir disponiendo lo necesario para este acto. Durante este tiempo se indagarán las demas circunstancias del caso presente.

Lo primero que se dispone es el local en que ha de permanecer la parturiente. Se preferirá un aposento amplio y silencioso, con buena luz y cuyo aire sea templado, puro y sin mezcla de olores fuertes sean los que fueren. Lo segundo es la cama en que debe pasar el puerperio que nada ofrece de particular. Lo tercero es el asiento ó cama en que debe verificarse el parto. Hablamos del *banco*, puesto que es costumbre nuestra como de los españoles que el parto se aguarde sentada la parturiente: es muy conocido para

que nos detengamos en su descripcion: y solo dirémos que debe estar bien encoginado, sin costuras y de dimensiones proporcionadas, de modo que esté cómoda la paciente, y por último, sería de desear se adoptara un respaldo encoginado, unido al asiento comun de manera que se inclinara, á la voluntad, para atrás por un mecanismo cualquiera, un traves ñó por delante en que fijar los pies, y el que se cerrase el asiento por los lados y por detras para impedir que corra dentro el aire. Si el parto debe verificarse en la cama, como en Francia, lo que es de necesidad absoluta en los casos que la muger está espuesta á desvanecimientos ó *síncopes*, *á la hemorragia*, la caida ó el *reanversamiento* del útero, ó está afectada de una *hernia* (vulgarmente relajada), de caida ó anteversion del útero ú otros accidentes de esta clase, se dispondrá situándola de modo que se pueda andar por sus lados, colocando una almohada dura sobre el colchon que levante la pélvis, para que pueda enderezarse el coccis al pasar el feto, y pueda maniobrarse con seguridad, otra junto á la anterior que reciba las espaldas, un travesaño en la piecera envuelto con lienzos para fijar los pies, un hule ó sabana sobre la primera almohada, y el colchon para recibir la sangre y demas suciedades, y las almohadas para sostener la cabeza, suficientes para que esté cómoda la enferma. Por último, se previenen unas tijeras fuertes y cortantes, hilos de seda de á 9 á 10 pulgadas de largo (de 20 á 25 cent.), hechos de 3 ó 4 hebras y encerados, una cinta fuerte, un lienzo de 4 dedos en cuadro, fino, agujereado en el centro de modo que pueda pasar un dedo y hendido del centro para un borde (figura 9ª), otro del mismo tamaño no agujereado, una venda de mas de una vara de largo (1 metro), 2 ó 3 dedos de ancho y sin costuras, y los vestidos del infante en el órden en que se han de necesitar: asímismo, se tienen á la mano aceite de ajonjolí ó de comer, cerato ó manteca, pomada de belladona, agua, y á escusas de la muger otras cosas, como vinagre, sal ordinaria, aguardiente, sal de vinagre &c., que aunque las mas veces son inútiles, suelen ofrecerse violentamente en algunos casos.

Hemos dicho antes que entretanto se está disponiendo lo necesario, se averiguarán las demas circunstancias.

Se diagnosticará lo mas pronto posible, la presentacion y la posicion del feto, cuya importancia manifestamos ya, pues el comportamiento que se tiene en cada una es muy diferente. Si aun está muy alta la parte que se presenta, se remite el exámen para despues: pero sin perder de vista este objeto, hasta formarse el diagnóstico y poder saber la conducta ulterior. En ningun caso puede rotarse la bolsa antes de la completa dilatacion del cuello, pues desde este momento la compresion de las partes inmediatamente sobre el feto, le hace sufrir mayor ó menor peligro, como manifestarémos luego.

Se dirigirán las observaciones tambien á la averiguacion, principalmente en las primerizas, de si hay cualquiera obstáculo para el parto valiéndose de los medios que espondrémos en el título segundo de la seccion segunda, pues como verémos allá las mas veces debe intervenir la cirugía lo mas pronto posible. Algunos obstáculos no se notan sino á proporcion que vá adelantando el trabajo, de modo que en todo él debe tenerse presente este punto, para proceder tan luego como se manifieste.

Se indagará si la parturiente está afectada de alguna de las enfermedades que esponen la vida con los esfuerzos del parto: así es que se le preguntará si desgarra de vez en cuando sangre al toser, ó si la vomita, se verá si padece asma, si sufriendo palpitaciones por cualquier ejercicio, se nota que es empujada con fuerza una mano puesta sobre el corazon, si hay una hernia &c., cuyas circunstancias requieren la presencia de un médico, para que obre en caso necesario como indicarémos despues.

Para poner à cubierto la responsabilidad que podria resultar se procurará estar al tanto durante el trabajo del estado de salud, sufrimiento ó muerte del feto. Los medios de averiguarlo se espondrán en la segunda seccion.

Por último, el mas ligero indicio de una preñez gemelar, pone á la matrona en el deber de hacer un

exámen escrupuloso en este sentido, con arreglo á los signos que ya hemos dado de ella, para estar prevenido y no ser sorprendido despues.

Cuando por las primeras preguntas se vé que el trabajo está muy avanzado, se procede inmediatamente al reconocimiento vaginal, a disponer lo necesario y á obrar segun el estado de las cosas.

Lo que llevamos referido, es lo que se hace en el primer tiempo del trabajo y ademas seguir paso á paso los progresos de la dilatacion del cuello y de la formacion de la bolsa de las aguas, por medio del tacto vaginal, que sin embargo no debe repetirse muy seguido y tener en cuenta la frecuencia, duracion é intensidad de los dolores, para juzgar del tiempo que durará el trabajo, de la rigidez del cuello y de la bolsa &c Con frecuencia sucede que se exija á la matrona su parecer sobre la hora en que terminará el parto; pero segun lo que dijimos al hablar de la dilatacion del cuello y de la del perinéo, se vé lo difícil que es contestar con acierto: yo contesto á estas preguntas diciendo la hora que me parece sucederá pero poniendo alguna condicion.

Ademas se debe estar velando con cuidado la aparicion de alguno de los accidentes del parto de que trata el título primero de la segunda seccion, para proceder inmediatamente como allá se indicará.

Se debe obligar á la muger á que vaya al comun, si hace tiempo que no lo hace; pues las materias acumuladas en el intestino recto, impiden el descenso del feto y en los últimos momentos del trabajo son espulsadas involuntariamente, ensucian la mano de la comadrona, y como lo percibe la enferma, se cisca en los momentos mas críticos. En caso de que no produzcan efecto los esfuerzos de la muger, se aplicarán los medios que recomendamos para el estreñimiento y aun se agregará á las lavativas una onza de aceite de olivas incorporado con una clara de huevo, ó una onza de sal catártica: el caso es que se obtenga la libertad del vientre. Por el contrario, en el segundo tiempo del trabajo no debe permitirse á la paciente que se levante de su puesto á satisfacer la necesidad

muy urgente que le viene de evacuar el intestino recto, pues si se ha tenido cuidado antes de que esté vacío, es ilusoria, y ademas no se necesita encarecer los peligros á que se espondria con su hijo si se accediera á sus deseos.

Tambien la vegiga de la orina debe estar vacía, al engastarse la cabeza en el estrecho superior; pues comprimido su cuello contra el púvis se dificulta y aun imposibilita la salida de la orina, y si este efecto ocurre estando llena la vegiga, sobreviene la prolongacion del trabajo con sus terribles consecuencias, porque no satisfecha la gana de orinar que se está excitando á cada contraccion del útero, hace se contengan los dolores todo lo posible, hay agitacion, y aun si no se acude pronto, se rota la vegiga, es decir, viene una muerte violenta. Es preciso pues, informarse desde muy al principio del trabajo, si la vegiga está vacía, para hacer lo esté pronto, ó si no se consigue con los esfuerzos naturales de la enferma, y se nota sobre el púvis un tumor elástico y blando, diferente del que forma el feto que se sentirá duro y detras de él, se colocará á la enferma boca-arriba y se tratará de separar la cabeza del feto, del púvis, con dos dedos llevados por la vagina, en el momento que haga esfuerzos para mear. Cuando no se consigue pronto el objeto, es preciso que un facultativo introduzca la sonda, que tal vez es necesario sea de hombre.

Las mugeres que paren con rapidez no necesitan alimento alguno durante todo el trabajo; pero en los demas casos es preciso sostener las fuerzas con alimentos de fácil digestion, como caldos, sopas &c., en pequeña cantidad aunque sea repitiéndolos cada dos ó tres horas, y permitiendo á cada una su chocolate, café &c.: en esta parte es muy respetable la costumbre, así es que á unas perjudica el alimento que otras necesitan: las mugeres de los campos exijen alimentos fuertes, mientras para las delicadas debe observarse mucha severidad en el régimen. Si se produce indigestion con los alimentos ó vómitos, es mejor retirar todo alimento, que provocar esa debilidad tan grande que trae en pos de sí el vómito. Agua pura ó azucarada, ó infusion

de tilia, azar ó violetas será la bebida que se permitirá á las parturientes, proscribiendo el aguardiente y demas licores espirituosos, que por ligero que sea el ecseso de la cantidad que cada una necesita para entonarse, viene á enervar las fuerzas que tanto se necesitan, y se espone á inflamaciones y hemorragias graves; solamente que haya un extremo decaimiento de las fuerzas, se podrá dar un poco de vino aguado de madera ó blanco. Los ecsitantes como la Altamisa, el Zihuapatzli y otros que se dan con el objeto de acelerar el parto son muy peligrosos y solamente convienen en los casos especiales de que hablarémos despues.

La mas perfecta tranquilidad de espíritu debe proporcionarse á las mugeres delicadas: así es que al llegar á la casa de la enferma, es conveniente anunciarse antes de presentársele, para no causar una emocion que algunas veces suspende el trabajo por algun tiempo; es de mucha importancia averiguar la clase de personas que deben permanecer al lado de la parturiente, siendo en general el número estrictamente necesario y de todo el agrado de la enferma, para adivinar lo cual, se necesita mucha perspicacia, dirigiendo preguntas discretas, ó notando el agrado ó repugnancia con que recibe á cada una, y valiéndose de toda la autoridad que se tiene en aquel puesto para despedir á las ultimas, con las palabras mas dignas: se la anunciará el ruido que suele hacer la bolsa al rotarse, principalmente cuando es muy voluminosa, para que estando prevenida, no se horrorize ó inquiete cuando suceda el fenómeno; no se le anunciará el sexo del feto, aun cuando sea el que desea, pues una satisfaccion, como una contrariedad, suspenden el trabajo; en fin, ya hemos hablado de la confianza que se debe adquirir, de la evacuacion del intestino recto, y otras medidas, que por pequeñas que sean influyen demasiado en la marcha del parto.

Tambien es preciso respetar esa ecsesiva delicadeza de muchas embarazadas que hace hiera la vista la menor luz, ofenda el oido el mas ligero ruido, trastorne la cabeza el olor mas fugaz &c., si no se quiere ver algunas veces aparecer accidentes funestos.

Los vestidos de la enferma deben ser holgados, de modo que no se dificulten los movimientos ni se sofoque la respiracion. [1]

Durante el primer tiempo del trabajo es indiferente que la embarazada esté acostada, sentada, parada ó andando y mas bien es bueno que cambie estas diferentes actitudes, para hacer mas soportable la lentitud del trabajo: no así cuando está bien dilatado el cuello, se rota la bolsa ó está á punto de hacerlo; entonces se la debe obligar á que se coloque en el banco ó cama que se ha dispuesto; solamente que se haga aguardar mucho la salida del feto, porque se dilaten ó debiliten los dolores, se hará parar de nuevo, pues el movimiento los acelera, hasta que se dilate el perinéo lo bástante ó venga por desgracia algun accidente, entonces se coloca definitivamente en su puesto

Mientras no se rota la bolsa, nada ayudan esos esfuerzos algunas veces increibles, que hacen las mugeres en parto para ayudar al útero: antes bien se buscan inútilmente un cansancio que en el segundo tiempo no les permite esforzarse cuando verdaderamente se necesita. En este tiempo se las ecsita á que en lo posible se ayuden con sus esfuerzos, para que se violente el paso del feto por la pequeña pélvis: se harán solamente durante el dolor, suspendiéndose luego que pase, hasta otro nuevo dolor: cuando la cabeza está

1 Es muy valida la costumbre de aplicar, luego que se cree declarado el parto, el mentado muñeco en el hueco del estómago, sostenido por un vendaje que se va apretando gradualmente ¡costumbre peligrosa! Es muy incómodo para mudar la ropa, ejercer movimientos y respirar, trae los inconvenientes de una anteversion del útero ecsajerada, y es causa de que los esfuerzos de la enferma, en lugar de empujar al feto, separan los musculos del vientre en la parte media, haciéndose una abertura debajo de la piel, por donde despues salen los intestinos, que colgando hace á las mugeres queden como dicen *barrigonas*, se produzcan indigestiones frecuentes y en un nuevo embarazo venga la anteversion del útero. Es probable que el feto sufrá tambien con ese torcedor. Es mejor aplicar un vendaje ancho que abrace el tumor mismo del útero, desde el segundo tiempo del trabajo, que lo comprima suavemente, apretándolo de cuando en cuando.

á punto de franquear la vulva, no debe permitirse esfuerzo alguno, y aun se emplearán todos los medios de persuacion mas convenientes para que las enfermas no hagan esos esfuerzos enormes en que se empeñan para librarse pronto de los vivos dolores que las atormentan, pues son seguidos frecuentemente de accidentes graves.

Despues de haber examinado á la paciente, cerciorádose de que la posicion del feto es favorable y de que no hay circunstancia alarmante alguna, y tomado todas las disposiciones referidas, puede la comadrona, si la dilatacion del cuello del útero no está muy avanzada, ir á otras ocupaciones, teniendo cuidado de volver cada dos horas, á seguir su asistencia; pero si no es así, si la posicion del feto es viciosa ó no se ha podido diagnosticar, si hay algun obstáculo para el parto ó se teme la invacion de algun accidente, no se debe abandonar á la enferma hasta concluir. Por lo demas, la intimidad de la amistad y lo timorata de la parturiente por un lado, sus necesidades corporales y la libertad que desea para recibir las caricias de los suyos por el otro, sirven de guía para la conducta que se debe seguir por la matrona que debe ser circunspecta y disimulada.

Como acabamos de decir, luego que la cabeza del feto franquea el cuello del útero ó está á punto de rotarse la bolsa, se hace acostar en la cama ó sentar en el banco á la muger, segun el caso, de una manera que quede libre el estrecho inferior; se colocan una esponja ó unos lienzos que reciban las aguas; la partera se sitúa de una manera cómoda al lado derecho; se repite con mas frecuencia el tacto vaginal durante el dolor y en los intervalos para seguir paso á paso los progresos y movimientos de la parte del feto que se presenta, principalmente la rotacion interior; se rectifican las dudas que hayan podido quedar sobre las circunstancias de que nos hemos ocupado antes; se sigue teniendo atencion á los accidentes que suelen presentarse; se cerciora de que todo está dispuesto, y en los últimos momentos de dilatacion del perinéo se sostiene para evitar su rotura y favorecer la estension de

la cabeza. Con tal objeto se aplica toda la mano derecha sobre el tumor que allí se levanta, de manera que el dedo indicador quede atravesado un poco detras de la horquilla y el pequeño delante del ano y se ejerce durante cada dolor una compresion moderada; pero mas fuerte del lado del ano que de la vulva. No debe hacerse presion alguna para abrir la horquilla porque puede ser rasgada.

La que ayuda tiene aplicadas una ó las dos manos de lleno arriba del púvis en los últimos dolores, ejerciendo mientras duran una compresion moderada. Espulsada la cabeza, debe aumentarla, mateniéndola sin cesar, hasta que quede aplicado el vendaje conveniente.

Luego que la cabeza pasa de la vulva se levanta hácia el púvis con la mano derecha, sin impedir la rotacion esterior, para favorecer la salida de las demas partes y evitar que la nariz y la boca se tapen; al mismo tiempo se introduce el dedo indicador por debajo de la barba para ver si el cordon hace alguna vuelta al rededor del cuello. En caso de que no la haga se aguarda en tal estado la salida de las demas partes.

Al tiempo que salen éstas, se recibe el feto tomando la pélvis con la otra mano, se le retira de la vulva y se le vuelve de lado para que no reciba la sangre que sigue saliendo del útero y respire con libertad y se le coloca de modo que quede la cara opuesta á la vulva, para que queden libres las manos de la matrona. [1]

Entonces se liga con la cinta el cordon á ocho ó diez dedos del ombligo: despues se toma con el dedo pulgar é indicador cerca del ombligo, se corta con las tijeras á 4 ó 5 dedos de este punto y se procede á su ligadura, como despues enseñarémos.

1 Inmediatamente que es espulsado el feto, en aquel estado de agitacion tan grande en que está la paciente, bañada en un copioso sudor, se acostumbra, como cosa indispensable, hacerla beber una gran cantidad de agua fria, ¡peligrosa preocupacion! Ocasiona una enfermedad aguda, se contienen las secundinas mas tiempo del ordinario, vienen esos flujos blancos que tan á menudo se presentan en la práctica ú otra afeccion del útero.

Si las secundinas no salen inmediatamente despues de la espulsion del feto, se siguen prestando á éste los primeros auxilios mientras vuelven los torsoncillos, ó pasa media hora sin verificarse esto, siempre que algun accidente no venga á obligar la variacion de la conducta. Pasando este tiempo sin resultado, se lleva la enferma á su cama, si ha estado en el banco, y se provocan las contracciones del útero, practicando en el vientre fricciones con la mano, ó en el cuello uterino con el dedo, lo cual sirve de ver si ya se han desprendido completamente de sus adherencias con el útero; tambien se consigue, ministrando lavativas grandes de agua tibia: cuando vienen torsoncillos ó se nota que se endurece el útero, se invita á la paciente á que haga esfuerzos para ayudar la accion, y aun se estira ligeramente del cordon, pasándolo por detrás de un dedo introducido en la vagina y mantenido recto con fuerza, de modo que la atraccion se haga verdaderamente en la direccion del eje del estrecho superior y no directamente para abajo. Esto es cuando se presenta la Placenta por el centro; cuando lo hace por un borde, no se estira del cordon, sino de ese borde tomándolo con dos dedos En todos casos no se intenta ninguna traccion mientras no está desprendida la Placenta y en este caso se suspende luego que pasa el torsoncillo ó se percibe alguna rasgadura para dejar la espulsion á la naturaleza sola, ó comenzarla de mejor modo cuando vuelve otro retortijón, pues una rotura traería consecuencias graves. Mientras no vengan estas contracciones no debe la enferma hacer esfuerzos ningunos, tampoco se intenta nada cuando la preñez es gemelar. Cuando pasa una hora ú hora y media en inútiles tentativas, se hace ya necesaria la intervencion de un facultativo, para que proceda segun las circunstancias del caso.

Luego que se presentan á la vulva las secundinas, se toman con los cinco dedos de la mano derecha, se retuercen mucho y se registran luego para ver que no queda dentro algun resto de ellas.

Cuando salen las secundinas en pos del feto, se corta y liga el cordon que corresponde al ombligo, se entrega

el recien-nacido á alguna de las presentes, se lava y muda ropa á la enferma y sè la lleva á su cama, si está en el banco, ó se ha dispuesto otra cama, ó solamente se quitan las almohadas que reciben la pélvis y las espaldas con el cuidado necesario para no molestar ó sacudir á la enferma, si ha de quedar en la cama del parto.

Estas son las reglas que en general deben seguírse durante el trabajo. Se vé pues que en el primer tiempo se emplea en ponerse al tanto de las circunstancias del caso, disponer lo necesario para los otros tiempos, prevenir los accidentes que puedan ocurrir, y animar á la paciente para hacerle mas llevadero el sufrimiento de que es el blanco y el tiempo que parece prolongarse indefinidamente con su ansiedad: y que en los dos últimos tiempos es cuando se presentan verdaderamente los servicios.

ARTÍCULO II.

En los casos especiales.

Hemos supuesto en el artículo anterior que se trata de un parto en que la presentacion es de vértice y el mecanismo se verifica con regularidad. Como ya sabemos es el mas natural y menos peligroso, para poder confiar solamente en los esfuerzos de la naturaleza; sin embargo, si pasan las 12 horas de su duracion ordinaria, sin verificarse, debe llamarse la atencion sobre esto, procederse á examinar con el mayor cuidado si existe alguna de las causas de que se ocupa la seccion segunda, que no se haya podido diagnosticar antes, y poner en práctica los medios para removerla segun allá se prescribe. Cuando en las variedades trasversales, pasan 7 ú 8 horas sin verificarse la rotacion interior que trae el occipucio al arco puviano, es de necesidad consultar á un médico para que termine el parto con maniobras bien dificultosas. En los casos raros en que la rotacion interior se hace yéndose el occipucio para la horquilla, debe sostenerse el perinéo enormemente distendido, con mayor fuerza que de

ordinario, para evitar que se rasgue, se deja desprender la cara por el púvis (vease el mecanismo), y hasta despues se sostiene la cabeza para qué no caigá contra el ano; y por último, se limpia inmediatamente de la cara del feto la sangre que lo baña para que pueda respirar, haciendo luego todo lo demas, como queda dicho. Si la presentacion se convierte en una de cara, se obra como vamos á órdenar. Despues de espulsada la cabeza, si por la introduccion del dedo, se ve que el cordon envuelve el cuello del feto, se busca inmediatamente la porcion que se dirije á la Placenta, siendo la que mejor cede á los tirones que se deben dar, se le estira hasta formar una asa por la que pase la cabeza y se deshace la vuelta que forma: si no se consigue estraer lo suficiente, quedando muy apretada la referida vuelta, no debe vacilarse en cortar el cordon con las tijeras, ligando provisionalmente cada estremo, mientras salè lò demas del feto y puede hacerse la ligadura definitìvà; luego se vuelve á sostener la cabeza, como antes. Cuando se prolonga el descansò que sigue á la salida de la cabeza, y se vé que no grita ni respira èl feto, sino al contrario, se pone abultada y aun negra la cara, se harán presiones en el vientrè para reanimar al útero, se exitará á la muger á que haga esfuerzos, y si esto no basta, se llevará un dedo por detrás del púvis hasta dèbajo del brazo y engarichándolo se estraerá la espalda anterior y luego la que viene detrás para que quede librè el pecho.

Se deben remover las causas que se sabe pueden producir una presentacion de cara; como es de las mas difíciles de diagnosticar antes de la rotura de la bolsa, se está insistiendo en su conocimiento hasta cerciorarse de ella, anticipándose á reconocer la variedad. En las variedades anteriores y trasversales, se prestan los mismos servicios que en las de vértice aguardando á la naturaleza 8 ó 10 horas despues de rota la bolsa, siempre que la rotacion interior de la barba se haga para el púvis. Cuando despues dè este tiempo no se verifica el parto, ó desde el principio se reconoce una variedad posterior, en que la rotacion interior se hace por lo comun para atrás, debe inmediatamente intervenir

el cirujano, que si no hace mas que 4 ó 5 horas que se ha roto la bolsa y la conformacion de la pélvis es regular, puede todavía convertir la presentacion en una de vértice, mientras que si ya está muy encajada la cabeza en la escavacion, muerto con prontitud el feto, no trata mas que salvar á la madre, con la aplicacion del *Forceps* bien dificultosa en tales circunstancias. Vease pues, la necesidad de diagnosticar cuanto antes la presentacion de la cara y la variedad de la posicion y de seguir cuidadosamente los pasos de la rotacion interior. El sostenimiento del perinéo en estos casos es muy delicado, pues segun lo que sabemos de la compresion que sufren los vasos del cuello al engastarse la barba en el arco puviano, se concibe que debe dejarse verificar el enderezamiento de la cabeza, sosteniendo muy suavemente el perinéo que por otro lado está muy espuesto á rotarse. Debe anticiparse á los dolientes que la cara saldrá negra, para que no se horroricen al verla, y se le vuelve su color con fomentaciones de agua con vino, vinagre, végeto ó aguardiente puro ó alcanforado.

En una presentacion de pélvis, lo importante de los auxilios es cuando la espulsion la cabeza. Se debe prevenir, por si se hubiere de ocupar, una sonda gruesa de hule desde que se diagnostique con seguridad la presentacion. Las demas partes del feto se reciben con la mano derecha á proporcion que salen, y se sostienen únicamente, sin ejercer la mas ligera traccion, dejando obrar absolutamente sola á la naturaleza, pues estirando el feto, lo cual dá mucha gana de hacer, cuando se contiene la cabeza, se quedan los brazos sin avanzar para colocarse á los lados de la cabeza, en lugar de seguir cruzados contra el pecho, y se calcula lo estrecho que quedaría el canal que debe recorrer; tambien se endereza la cabeza en lugar de quedar doblada sobre el pecho, y colocándose el diámetro occipíto-barbado de 6 pulgadas (13 y medio cent.) en la direccion de alguno de los del estrecho superior, no pasa de allí por nada. Luego que salen las nalgas se busca el cordon, se ve si está tirante ó pasa por entre los muslos, para estirarlo suavemente del lado de la Placenta

con uno ó dos dedos, y evitar su rotura en el primer caso; ó en el segundo, poderlo pasar fuera del miembro que está del lado del ano, y ponerlo en contacto con el perinéo que lo comprimirá menos, mas bien quo por el otro miembro que lo pondría en relacion con el hueso puvis. En un caso de una gran cortedad del cordon, con imposibilidad de aflojarse y causando un obstáculo para la terminacion del parto se vé el cirujano en la apremiante resolucion de cortarlo, y sacar prontísimamente la cabeza para salvar la vida del infante. Para la espulsion de la cabeza, se invita á la muger á que haga los mayores esfuerzos, se levanta la porcion esterior del feto hácia el puvis para favorecer la flecsion de la cabeza, y aun se empuja para adentro el occipucio, con dos dedos introducidos entre el cuello del feto y el puvis: por poco que se haga aguardar la espulsion corriendo el feto los peligros que ya hemos indicado en otra parte, debe cuanto antes llamarse á un profesor para que desprenda pronto la bcaeza: entre tanto si se debilitan los latidos del corazoncito ó se hacen al contrario muy violentos, pero débiles, irregulares ó intermitentes y si sufre compresion el cordon, lo cual mas bien que por su enfriamiento se conoce por los movimientos de respiracion que se advierten en el feto, es preciso llevar los dedos indicador y medio de la mano izquierda por la horquilla á los lados de la nariz del feto, despues de haber reconocido la posicion de la boca, y los mismos dedos de la otra mano por el puvis al occipucio, y empujándolo con estos para adentro, al mismo tiempo que se estira la cara con los otros, se hace la pronta estraccion de la cabeza; á no ser que se hayan quedado los brazos á sus lados, ó que venga con el occipucio para atras, ó esté ya muerto el feto; entonces el cirujano determinará lo que convenga hacerse. Mientras estas maniobras se ejecutan ó llega el cirujano se introducen los dedos indicador y medio de la mano izquierda en la boca del feto separándolos para que por el hueco que dejan, entre el aire á la boca; ó mejor, se introduce la sonda que se tiene prevenida hasta la garganta. En fin, antes de cortar y ligar el cordon se estraen las mu-

cosidades que se han entrado á la nariz y á la garganta, llevando hasta allá por un lado el dedo pequeño ó las barbas de una pluma y sacándolo con suavidad por el otro lado.

Respecto de las presentaciones de los lados del tronco, al referir los peligros que traen, hemos encarecido aunque no lo suficiente, la necesidad de la intervencion de un profesor esperimentado desde el momento en que lleguen á diagnosticarse.

La mas ligera señal que se tenga de que el caso que se tiene delante es de una preñez gemelar, pone en el deber de hacer un minucioso exámen en este sentido: inmediatamente despues de la espulsion del primer feto se observa si queda voluminoso el vientre, si se presenta por el cuello una parte de otro feto y en una palabra, si hay los síntomas de un nuevo embarazo. En caso de que así sea se liga con mas cuidado y prontitud la estremidad placentaria del cordon del primer feto nada debe intentarse para la espulsion de sus secundinas, sino es que se presenten á la vulva; entonces se tuercen sin estirarlas, pues como casi siempre tienen adherencias con las placentas que están dentro, debe evitarse su desprendimiento prematuro con sus graves consecuencias: luego se pone en vigilancia para esperar los nuevos dolores, disponer lo necesario y prestar los mismos auxilios que si comenzara el trabajo. Si no ha sido espulsada la primera placenta antes del segundo parto, quedando las dos para despues, se hace de modo que salga una despues de otra y no se estiran al mismo tiempo los dos cordones.

El parto retardado no ofrece en la práctica consideracion particular que lo diferencie del de á término, y solo dirémos que si se averigua bien que han pasado los nueve meses de la gestacion en una embarazada, se la convencerá de la necesidad en que está de ver un cirujano, pues el feto sigue creciendo.

Si desde los primeros informes que hemos dicho se tomen al auxiliar una muger en parto, se nota que es prematuro, que el cuello aun no ha desaparecido, sino que tiene alguna longitud todavía, que los dolores son irregulares &c., debe luego dejarse el caso á un profesor, que

con una medicacion enérgica, como la sangría, el opio, la aplicacion del frio &c. segun convenga puede y debe contenerlo hasta mas no poder, ó que si el feto está muerto ó el parto no se puede ya estorbar, tiene que regularizarlo y atender á los accidentes que se presentan. Entre tanto, se obliga á la enferma á conservar un largo y absoluto reposo de cuerpo y espíritu en posicion acostada, no se repiten los tocamientos del cuello del útero sino lo muy preciso. Si se verifica el parto á pesar de esto, antes de la llegada del médico, no hay que provocar la salida de las secundinas; pues á él toca ver si espera, ó favorece su espulsion. Al recien-nacido y á la madre se les observa con cuidado en los primeros dias del puerperio, para acudir luego que se les presente á cualquier accidente de que son frecuentemente víctimas.

Es mas seguro prevenir el aborto que atacarlo, principalmente en los primeros meses que con facilidad se desprende el óvulo de sus adherencias con el útero y se muere el embrion. Se evita combatiendo de antemano las causas lentas desde que se nota su ecsistencia, haciendo se huya de las violentas y tomando algunas precauciones proporcionales á la inminencia del peligro. La plétora, la debilidad, la preñez gemelar, la hidropesía del Amnios, el reumatismo y las dislocaciones del útero y el estreñimiento se atacan con los medios ya prescritos: las demas causas, toca al médico conocerlas en todos sus pormenores y curarlas con todos sus recursos. Las precauciones que deben tomarse en todos los casos, principalmente si hay plétora uterina, si se trata de una muger muy debilitada, ó que sea primeriza, muy jóven ó bastante avanzada, ó que haya abortado otras veces, son: la privacion de todo esfuerzo ó ejercicio de cuerpo y espíritu, y aun la estacion acostada mientras dura el peligro, pues nunca debe desesperarse de que siga la gestacion á su término. Cuando, no habiéndose podido evitar la accion de las causas del aborto, comienzan la hemorragia en principios de la gestacion, ó los dolores de vientre ó de riñones, se toman luego las precauciones referidas y al mismo tiempo se manda consultar á un profesor que aplique el método que únicamente ha de contenerlo; esto mismo se hace aun cuando esté muy adelantado el mal, en

términos que haya salido el feto, en cuyo caso se toman medidas para que no se rote el cordon; no se debe confiar en la calma engañosa que sigue á esta espulsion, sino cuando entre los cuajarones de sangre registrados con minuciosidad, se encuentran las secundinas con sus carácteres propios. Despues del aborto se necesitan los mismos cuidados que tratándose del parto.

Esto es todo lo que podemos decir del aborto, y del parto prematuro que como se ha visto, son enfermedades graves como otras muchas, con objeto de que llamen la atencion las causas que los provocan y los síntomas que los manifiestan, se aprenda á prevenirlos, y aunque no debe desesperarse en ningun caso, puedan ser atacados con mejor éxito desde los primeros síntomas por un profesor que sabe buscar las circunstancias en que convienen medicinas enérgicas, como las sangrías, el opio el frio, los ácidos, &c., ò si pierde toda esperanza de contenerlo, ministrar el cuernecillo de centeno ó aplicar el taponamiento del útero que permite la espulsion completa de la placenta, ó proscribirlas en las circunstancias que son perjudiciales: ó puede calcular cuando se está seguro de la muerte del feto antes de la rotura de la bolsa, si debe obrarse luego ó esperar para que despues se verifique con regularidad y sin hemorragia, ó en fin, en caso de quedar encerradas en el útero las secundinas, para conocer lo cual necesita toda su habilidad, tomar en lugar de desentenderse, todas las medidas activas que indique el caso.

Concluirémos recomendando de nuevo que en cualquier momento del trabajo que se presente algun accidente ó se diagnostique un obstáculo para la verificacion completa del parto, se tomen las providencias que cada uno exige, remitiéndonos para todo esto á la seccion segunda.

CAPITULO SEGUNDO.

Despues del trabajo.

No hemos hecho distincion en los servicios que se prestan durante el trabajo, entre la madre y su hijo, porque cada uno mira á los dos juntamente; así es que lo que

hemos dicho se hace cuando es parto á término ó prematuro, simple ó de gemelos, el feto está vivo ó muerto, viene en tal presentacion, hay ó no un obstáculo para su espulsion, se presenta algun accidente, lo que debe disponerse &c. indican las atenciones de una y otro. Despues del trabajo al contrario son diferentes los cuidados que exige cada uno.

ARTICULO I.

Al infante.

Cuando el feto nace vivo y en perfecta salud, se desenreda el cordon del cuello ó del tronco, si es necesario: se vuelve al recien-nacido de lado y la cara hácia el esterior para que no sea ahogado con los líquidos que escurren de la vulva y pueda respirar con libertad: se limpia la cara con un lienzo si está sucia, y aun se estraen las mucosidades de la garganta y de la nariz con el dedo pequeño ó con una pluma, si nació en presentacion de pelvis: se corta el cordon con las tijeras fuertes que se tienen prevenidas, á cuatro ó cinco dedos del hombligo, tomándolo con el pulgar é indicador de la mano izquierda y comprimiéndolo ligeramente para que no dé sangre: se sostienen las nalgas con los otros dedos y las espaldas y la nuca con la otra mano: se levanta el recien-nacido para colocarlo en las faldas de una ayudante: luego se esprime el cordon si es muy grueso y contiene mucho humor espeso, para que al secarse no se afloje la ligadura: se vé si del lado del hombligo no contiene algun intestino, pues para que no vaya á quedar comprendido en ella, se hace entrar al vientre y se hace dicha ligadura á dos ó tres dedos del hombligo para que no vaya á ser abrasada la piel. Esta práctica es mejor en el mayor número de casos, que ligar el cordon antes de cortarlo, porque ó en este caso no se vé lo que se hace ó tiene que descubrirse la enferma, y en el otro se hace la operacion con todas las seguridades necesarias.

Para aplicar la ligadura se dan con uno de los cordones de seda dispuestos tomado con la mano derecha dos ó tres vueltas en el punto referido, se aprietan fuer-

temente para que aun despues de seco el cordon no salga sangre, y si es muy grueso, se dobla la punta sobre la ligadura, y se aplica otra sobre el dobles; se mantienen las vueltas con dos ó tres nudos, y por último se cortan las estremidades sueltas del cordon.

En seguida se limpia la piel del infante de la materia cebosa, la sangre y demas suciedades que la cubren. Para quitar la primera no basta un baño ni simples frotaciones, sino que es necesario antes diluirla en aceite de olivas ó de ajonjolí ó mucho mejor con yema de huevo, pasando repetidas veces sobre las partes en que se encuentre, un lienzo empapado en una de estas sustancias hasta que se desprenda, entonces se limpia con otro lienzo seco; y por fin, se aplica un baño bastante caliente de agua sola ó con aguardiente ó vino, enjugándo despues: luego se procede á vestirlo y à la curacion del hombligo.

Para esto se coloca en las faldas de la ayudante, se le viste la cabeza con un paño fino, y el pecho y los brazos con la camisa: se unta la compresa hendida, por las dos caras, con manteca ó mantequilla fresca ó cerato: se hace correr el cordon por la hendidura hasta que llegue al agujero del centro, quedando para el puvis la parte dividida de la compresa: se dobla el cordon para arriba y la izquierda quedando sobre la compresa, se doblan y cruzan las dos divisiones de esta sobre el cordon: se coloca encima la compresa no agujereada, y se sostiene todo con la venda enredándola al rededor del vientre, comenzando por uno de sus estremos, apretándola convenientemente, y fijando el otro estremo con un alfiler ó cinta: despues se ecsamina la conformacion de las partes, principalmente del ano y las partes genitales, y se colocan los demas vestidos ó se encarga esta parte á otra persona si la paciente necesita todavía ausilio alguno. Los vestidos deben ser holgados de modo que las piernas y los brazos queden libres en sus movimientos.

Podria darse de mamar al recien-nacido inmediatamente despues que sale al esterior, pues le basta el calostro de su madre para nutrirse; pero es mas conveniente que la enferma descance de la fatiga pasada y repare sus fuerzas unas siete ú ocho horas. A la hora de nacido, se le dan unas cucharaditas de agua azucarada, y cada dos ó tres

horas que vuelve á necesitar alimento, se está repitiendo la operacion, hasta que se alimente con la leche de su madre, no siendo antes de estos periodos para dar lugar á la digestion. A las siete ú ocho horas es conveniente que el niño comience á llamar la leche y á enseñarse á mamar: para esto es preciso comenzar por lavar el peson con agua tibia, pará suavizarlo, quitarle la materia cebosa que lo ensucia y abrir los conductos de la leche, luego se le introduce en la boquita de modo que quede sobre la lengua y que la mama no le impida respirar por la nariz: entonces se le deja mamar hasta que quiera, y cuando esté lleno, se retira, y el peson se vuelve á lavar para que no lo irriten los calostros y la saliva.

La curacion del cordon referida arriba se repite todos los dias. Cuando cae el cordon, deja de ponerse la compresa agujereada, y para poner la otra se unta de una de aquellas grasas hasta la cicatrizacion. Si se prolonga la supuracion se busca la causa segun diremos despues; pero en ningun caso conviene irritar esta parte con aceite de palo ú otros remedios irritantes que aun se acostumbran.

En los cuatro primeros dias se tiene cuidado de ver si al mear ó evacuar el recien nacido hace esfuerzos inútiles para ejecutarlo, pues siendo así es de presumirse que está mas ó menos cerrado el conducto respectivo y es urgente una operacion de cirujia; pero tambien el meconio puede ser que no salga porque no hayan hecho efecto los calostros (se dice que son purgantes), entonces se favorece su espulsion con un baño tibio, unos tragitos de suero, de jarabe de achicoria compuesto, de ruibarbo ó de maná, ó por fin con un supositorio (cala) de manteca de cacao. Solamente en estas circunstancias conviene dar estas medicinas y no siempre como es costumbre purgar á todos los recien nacidos.

Cada vez que haya de dar de mamar al niño se humedece el peson con leche ó saliva, y despues se lava con agua tibia. Esta operacion se repite cada dos ó tres horas de modo de establecer cierta regularidad para que ni el estómago esté sin alimento, ni al contrario se le sobrecargue con otro nuevo antes de ser digerido el que acaba de recibir y vengan esas regurgitaciones acidas

que infaliblemente indican mala digestion, y por otra parte para proporcionar comodidades grandes á la madre. Es importante dar de mamar cada vez de los dos senos, y en los primeros dias dejar á la madre acostada, no haciendo mas que ponerla sobre el lado de la mama que quiera presentar á su hijo, colocarlo á lo largo del pecho y dejarle caer el pezon sobre la boca. No se debe dejar dormir al niño hasta que se juzgue que ha mamado lo bastante: entonces se le lleva á la cuna inmediatamente: de esta manera se nutre bien y no se acostumbra á dormir solamente con el pezon en la boca y el calor de los brazos, que trae tantos inconvenientes. Mientras mama se debe estar seguro de que pasa la leche al estómago, así es que se sienten los movimientos que ejecuta en la parte anterior del cuello, colocando allí un dedo, y muchas veces se oye el ruido que se sabe hace un líquido al pasar por la garganta. En caso contrario es preciso averiguar lo que hay, segun diremos despues. No debe darse de mamar á un niño cada vez que llora para callarlo, pues si no tiene necesidad de alimento, por un lado sufre su digestion y por otro sacrifica inútilmente á la madre, y no siempre que llora es señal de que tiene hambre, ni de que sufre, en muchas ocasiones; llora como nosotros hablamos, para dar señales de su existencia, y aun halla en ello un cierto goce. El hambre se conoce en un recien-nacido, en que hace mas tiempo del ordinario que no mama, agita los brazos vivamente, vuelve la cabeza á uno y otro lado, abre la boca buscando el pezon, toma con avidez el dedo que se introduce en ella y ejerce movimientos de succion.

Estas son las reglas de la alimentacion de los recien nacidos en los primeros dias, cuando la madre tiene el placentero deber de dar de mamar á su hijo, aun cuando por sus circunstancias tenga mas tarde necesidad de ayudarse con papillas, sopas, ú otros alimentos. Estos solo los soportan desde el principio de la lactancia, uno que otro niño de los campos: y si esto sucede con los alimentos ¿qué deberá ser de los remedios que dá el vulgo para los recien nacidos, á lo menos sin necesidad?

Cuando solamente una nodriza, cuyas buenas condi-

ciones es sabido son tan difíciles de conocer, ha de crear á un niño, es peligroso para la madre acercárselo y traer á sus mamas una leche que contenida despues ha de producir los accidentes que en otra parte hemos descrito. Lo mejor que puede hacerse es que á las 24 horas de nacido el niño tome el peson de la nodriza, alternando en los cinco primeros dias y aun mas si está débil con la agua azucarada tibia que ha estado únicamente chupando, y hasta despues se dejará que solamente mame. Con las nodrizas se deben redoblar los cuidados para establecer el órden en la alimentacion, y no debe permitírseles que duerman con el niño.

Dijimos que los vestidos han de ser holgados. Cicatrizado el hombligo, se pone sobre él un lienzo doblado que se mantiene flojamente con una benda ancha: los cordones de la pieza que cubre la cabeza, no deben quedar amarrados bajo de la barba, sino fijados á una cinta que envuelva el pecho.

La cuna debe disponerse de modo que la cabeza del niño quede para la ventana del aposento, para que sus ojos no sean heridos directamente por la luz.

Es indispensable una limpieza estrema para la salud de los niños; asi es que se debe mudar ropa luego que esté sucia, y no se enjugarán simplemente las partes sucias, sino que antes deben lavarse con agua tibia: dos ó tres veces á la semana deben aplicarse baños bastante tibios, durante cinco minutos, arreglándose al efecto que produzcan, pues unos niños consiguen un bien estar notable con ellos y otros se ponen muy agitados.

En fin se habituan con mucha facilidad á todo, consiguiéndose que cambien una costumbre que no cuadra; solamente que en este caso se necesita una firmeza sostenida para oirlos llorar mientras adquieren la que se desea.

Es por demas recordar que en el caso de que se llegue á tener á las manos el cadáver de una embarazada, debe hacerse inmediatamente llamar un profesor que salve el feto, si es posible, con la operacion cesarea.

Para terminar diremos lo mas necesario sobre la perforacion de las orejas que se practica á las mugeres en los

primeros dias de su vida. Esta pequeña operacion se ejecuta con un punzonsito, un trócar cónico ó mas sencillamente con una aguja mas gruesa que el hilo que ha de permanecer en la herida, y terminada en punta de lanza: el hilo es de seda, de media vara, de cuatro hebras y encerado. Se ensarta en la aguja hasta la mitad de su largo, se previene tambien una lámina de corcho: se marcan con tinta los puntos por donde se ha de introducir el instrumento: se adormece el lóbulo de la oreja comprimiéndola entre los dedos por algun tiempo: se aplica sobre el corcho, sosteniéndolo con la mano izquierda y tomada la aguja con la derecha, se hunde hasta el corcho por el punto marcado de antemano: despues sosteniendo la aguja, se quita el corcho y fija la oreja por detras con las llemas de los dedos de la mano izquierda, colocados al rededor de la aguja, para pasarla y recorrer el hilo hasta cerca de su estremidad con la otra mano: y se concluye por cortar el hilo y anudarlo sin estirar la oreja: despues se pasa á la otra. No hay que tocar los hilos hasta la perfecta cicatrizacion.

ARTICULO SEGUNDO.

A la Madre.

Inmediatamente despues de la salida de las secundinas se lleva el dedo al cuello del útero para ver si se ha reanversado el fondo y poner luego el remedio (vease la seccion 2ª), ó si quedan algunos retasos de membranas para estraerlos con dos dedos, ó si hay otro feto para disponer lo necesario: luego se fricciona el vientre con la mano para hacer contraer al útero, espulsar los cuajarones de sangre que contiene y prevenir una inercia del órgano con su temible hemorragia interna.

A la media hora de verificada la descarga es conveniente lavar la vulva y las partes sucias con agua tibia pura ó mesclada con un poco de vino, enjugándolas suavemente con un lienzo fino á proporcion que se van limpiando; se desnuda luego á la enferma, para quitar los vestidos sucios y remplazarlos por otros limpios, secos y calentados, que cubran perfectamente los brazos y el pecho, y que sean

ámplios y fáciles de quitar. No hay inconveniente en rodear el vientre bajo con una venda de 8 á 6 dedos de ancha: apretándola moderadamente y no dejando que se arrolle y forme una cuerda tirante: suple á la presion de los intestinos que hacia el feto antes de salir, impide á la sangre que circula huir repentinamente de las partes superiores para las inferiores, es decir un síncope, y se opone á la amplificacion del la cavidad del útero, que trae una hemorragia fulminante (1.) Entonces, si aun está la enferma en el banco, se la levanta y lleva oponiéndose autoritativamente á que lo haga por sí sola, á su cama que ya está dispuesta con sábanas secas y calientes, y solamente con las cobijas que acostumbra en su estado de perfecta salud; se la coloca horizontalmente y juntos los muslos. En todas estas maniobras debe gastarse el menor tiempo posible para no prolongar la impresion del aire que causa una inflamacion ú otro accidente y debe reinar el mayor silencio. Esto mismo se hace cuando la enferma debe pasar de la cama en que se verificó el parto á otra mejor dispuesta. Cuando no se puede disponer de otra cama que la del parto, se sacan las almohadas de la pelvis y de la espalda con cuidado. Cuando es preciso trasportar la enferma á su cama antes de la descarga, habiendo empleado la media hora en prestar los primeros auxilios al infante, se la dispone antes colocando un hule ó saléa sobre la que van unos lienzos que se pueden renovar con facilidad á proporcion que se ensucian, sobre todo esto descanza la péllvis, cae la sangre y demas suciedades, y evita la molestia y los inconvenientes de renovar toda la ropa de la cama. Pasado un buen rato de la espulsion de las secundinas, se procede á lavar las partes y mudar la ropa como acabamos de decir. Concluidas todas estas maniobras, se ha-

1 El muñeco que es costumbre dejar mas fuertemente apretado que antes, ¡para que no se suba la sangre! (yo diria que para que no descienda); y que luego se compone todos los dias, aflojándolo un poco; hasta que se enfada la paciente de traerlo, trae muchos accidentes v. g. las caidas del útero que tan frecuentes son entre nosotros. Una metritis grave de ocho dias, venida á los cinco del parto, acaba de ceder completamente con solo quitar el amuleto referido. Basta pues el vendaje ancho de que hablamos arriba.

cen sacar del aposento las secundinas, la sangre y la orina &c., y limpiar todas las suciedades para que no se corrompa el aire; y se deja á la enferma en la mayor calma de cuerpo y espíritu.

El aposento en que debe permanecer hemos dicho que debe ser espacioso, silencioso, fresco y con un aire puro exento de olores, cualquiera que sean.

El sueño que sigue á la fatiga del trabajo debe ser respetado, pues restaura mejor que nada las gastadas fuerzas; pero al mismo tiempo debe velarse, tomando el pulso varias veces; pues sucede algunas que se hace delgado y aun no se encuentra, produciéndose una hemorragia, que solo se nota cuando ya no tiene remedio, ó viene otro accidente; mientras que tomando estas precauciones, á tiempo se nota cualquiera cosa que suceda.

Cuando despierta la enferma, se le puede dar una tasa de algun atole ó mejor de caldo. Los primeros dias que siguen al parto, se sigue una dieta algo severa, no pasando de caldo y atoles á las horas de costumbre, sin cargar el estómago demasiado, hasta que pasa la calentura de leche; y aun suprimiendo el caldo este dia si es muy intensa. Pasada la calentura, se puede ir aumentando y variando la clase de alimentacion, con sopas, legumbres saladas y bien cosidas, luego pollo, gallina, carnero, sin gota de manteca quemada, calculando que á los 15 ó 20 dias se llegue por grados al règimen ordinario. La agua que conviene prescribir á pasto consiste en solucion de goma arabiga, infusion de raiz de malva, ó de violeta, tilia, hojas de naranjo ú otra por el estilo.

Todos los dias se repiten las lociones de la vulva y partes sucias, de la misma manera que llevamos dicho, repitiendolas dos ó tres veces mientras el escurrimiento es abundante, y despues basta una sola vez al dia.

Otras tantas veces se han de renovar los vestidos de la enferma, bajo las reglas prescritas. Desde que pasa la calentura de la leche, se deben comenzar tambien á mudar las sábanas de la cama, con otras limpias secas y calientes, repitiendo la operacion las veces que se pueda sin molestar á la enferma: tambien puede entonces quitar-

se el vendaje del vientre, bien que esto se hace el 9º dia. Se cuida tambien de que la orina, escrementos y demas suciedades no permanescan en el aposento. En tiempo de calores, es conveniente desde el 5º dia del parto abrir un rato y á medio dia las ventanas y puertas del aposento, para que se renueve el aire, cubriéndose la parida, entre tanto con la ropa de la cama y corriendo sus cortinas. El objeto de todo esto es que se respire un aire puro, seco y templado.

En los primeros dias debe permanecer acostada la enferma. Pasada la calentura de la leche, puede comenzar á sentarse: el primer dia, mientras se renueva la ropa de su cama, los siguientes dias mas tiempo de una manera gradual: al noveno dia bajará los pies una hora, al siguiente 2, 3, &c.: á los 12 dará una vuelta en el aposento, y los demas mayor número; á los 15 saldrá un rato á la calle á medio dia, no debiendo ser la primera salida á la iglesia, de donde por el aire frio y mal sano que existe, se sale con una enfermedad aguda.

Se debe evitar toda emocion, como una buena ó mala noticia, principalmente los primeros dias.

La rotura de la orquilla, que indefectiblemente sucede en las primerizas y las grietas de la vulva que suelen hacerse, se alivian y cicatrizan por sí solas, cuando son poco profundas; pero los ardores y comezones que causan se alivian con lienzos suaves untados con una grasa, y haciendo que los loquios, escurran por otro lado.

Se cuida de observar los caracteres de los loquios, principalmente en los primeros dias, para tomar las medidas prescritas en otro lugar cuando son sanguinolentos mas del tiempo ordinario, ó de mal color, fétidos &c.

Se observa la calentura, para ver que trae los caracteres que le hemos asignado, de otra manera es preciso consultar.

En las que no dan de mamar, se deben prevenir los malos resultados que hemos dicho en otra parte trae la retencion de la leche: asi es que se tiene que observar mayor severidad en la alimentacion, que la ordinaria, prohibiendose la jugosa, y la abundancia de bebidas: la agua que han de tomar ha de ser de cocimiento de grama, raiz de caña ó de carriso &c.; se aplican sobre los senos, lienzos

suaves y calientes que se tiene cuidado de renovar luego que se humedecen, si la leche sale con facilidad; pero si las mamas se hinchan, hay que poner sobre ellas cataplasmas calientes de malvas solas ó con láudano, que chuparlas inmediatamente con la boca ó con el intermedio de una tetera medio llena de agua caliente, cada vez que se llenen, que exitar un sudor haciendo tomar una infusion caliente de tee, parietaria, borraja ú otra yerba sudorífera, que poner lavativas purgantes de las que hemos tenido ocasion de formular, &c.: si con esto no se puede estorbar que siga la intensidad de la inflamacion y sobre todo que se forme tumor, son necesarias medicinas mas enérgicas y aun una operacion.

Se atiende por último, á los achaques que trae el embarazo, si no desaparecen pronto. El estreñimiento, si dura muchos dias y causa alguna incomodidad, se combate con las lavativas prescritas en otra parte con este motivo, y aun dando un ligero purgante. Téngase cuidado con la espulsion de la orina, para que si tiene algo de particular, se apliquen medicinas calmantes cuando hay ardores ó el sondeo si hay retencion. Las hidropesías, las hemorroides, el aflojamiento de las síufisis &c. se curan como hemos dicho en el apéndice à la primera parte.

Todo lo que hemos dicho supone que no ha habido accidente alguno en el puerperio: cualquiera síntoma estraño, principalmente en los primeros dias debe llamar la atencion, teniendo muy presentes los accidentes que diremos vienen despues del parto.

SECCION SEGUNDA.

Del parto artificial.

Hasta ahora no hemos tomado en cuenta las circunstancias que suelen modificar los esfuerzos de la naturaleza en el parto, ella sola se ha bastado, pues no hemos hecho cuando mucho sino ayudarla. Por fortuna es así en la mayoría de los casos; solamente en los restantes es en donde viene un *accidente* á perturbar ó complicar la marcha del trabajo ó del puerperio: ó un *obstáculo*, que se presenta ó existía con anticipacion á oponerse al paso del feto, y de todo esto nacen mil peligros, si no se interviene con la oportunidad conveniente.

El estudio de estos accidentes y obstáculos es el presente, no para curarlos, pues para esto son precisos circunstancias personales y conocimientos profundos en las ciencias médicas que no proporciona este pequeño tratado; sino para saber que pueden existir, conocerlos á tiempo, imbuirse en los peligros á que esponen y convencerse de la necesidad de que esté presente el que reune aquellas circunstancias y conocimientos.

TÍTULO PRIMERO.

De los accidentes del parto.

Unos se presentan durante el trabajo, influyendo al mismo tiempo en la madre y el feto, ó solamente en este, y otros despues del parto.

CAPÍTULO PRIMERO.

Durante el trabajo.

ARTÍCULO PRIMERO.

En la madre y el feto.

§. 1.

Lentitud ó debilidad de las contracciones.

Suelen encontrarse casos en que desde que comienza el trabajo, los dolores tardan para volver ó son débiles, siguiendo en tal estado hasta el fin: la dilatacion del cuello marcha con estrema lentitud, y rota la bolsa, casi nada avanza la cabeza: por lo demás sola la esperiencia enseña el grado en que deben llamar la atencion estos síntomas.

Este accidente existe en las mugeres débiles ó debilitadas, en las delgalas, bien que con escepciones, como ya hemos dicho, y aun en ciertas de buena constitucion; pero que tienen débil el útero y mal organizado, y en las que se adelgasan las paredes del útero y pierden su fuerza, por una replecion exesiva, como en la hidropesía del Amnios, ó en la preñez gemelar.

Es necesario exhortar á la enferma á la paciencia, darle caldo, ó unas cucharadas de vino de España, hacerla andar, si se vé que el útero está muy distendido se puede romper la bolsa del modo y con las condiciones que se requieren, que indicaremos en otro lugar, guardándose cuidadosamente de que no haya la prevencion que pueden hacer contraer muchas enfermedades que sin tener este accidente se desesperan; y si ya está rota y no

ha salido sino muy poca agua, se hará que salga bastante empujando para arriba la cabeza con dos dedos en el momento del dolor; pero para esto debe estar ya bien dilatado el cuello uterino. Cuando no se consigue acelerar ó fortalecer las contracciones, se hace necesaria la administracion del cuernecillo de centeno (*)

§ II *Inercia del útero*

Despues de haber marchado bien el trabajo durante mas ó menos tiempo, no es raro que los dolores comiencen á retardarse y se suspendan completamente. Este accidente, que como se vé es bien diferente del anterior, es causa de otros muy graves, como de los que resultan de la prolongacion del trabajo, de una hemorragia y de otros. Sobreviene por causas que si no se remueven previamente, no se consigue dar energía al útero, y es peligroso intentarlo.

Estas causas son: 1º Todos los obstaculos para el parto de que se ocupa el título 2º de esta seccion: pues consumiéndose contra ellos las contracciones, pierde el útero la facultad de contraerse. El modo de combatir las causas de esta clase, para prevenir el accidente de que tratamos, quedará espuesto tambien en aquel lugar. Despues de destruidas se dará fuerza al útero como en el accidente anterior. 2º Las impresiones morales, como una noticia inesperada, v. g. la del secso del feto, deseándolo ó no la madre; las discusiones acaloradas; la llegada de personas cuya presencia desagrada á la enferma, y otras por el estilo, que enervan la contractilidad del útero, y por desgracia tiene que adivinarlas la matrona en la clase de personas en que mas influyen. Es preciso mucha sagacidad y prudencia para conocer esta clase de causas y para combatirla. 3º Los dolores causados por una enfermedad que coincida con el trabajo, como el reumatismo uterino, la replecion de la vegiga de la orina, la compresion de los nervios de

(*) Se entiende que en este y en los demas casos en que se debe emplear esta medicina, debe resetarlo un médico, pues solo él sabe la cantidad que puede darse en cada caso, y las circunstancias que impiden su administracion aun cuando esté indicado.

la escavacion, los cólicos, que cesagerándose atrozmente con la contraccion uterina, la embargan y suspenden bruscamente: de aquí agitacion, ansiedad, consunsion de las fuerzas, esfuerzos para contener las contracciones de las paredes del vientre y produccion del accidente. Se aplicarán aceites con láudano en el punto doloroso ó en el estomago si hay vómitos, los que suelen calmarse tambien, cambiando de postura. Respecto de la retencion de la orina, ya hemos prescrito el modo de atacarla. Si no cesan estas causas, son necesarias las bebidas calmantes, las antiespasmódicas &c., que formulará un médico, ó la terminacion artificial del parto. 4.º La Plétora que por ceseso enerva la fuerza del útero. Esta se conoce y combate como hemos dicho en el apéndice á la 1.ª parte. Un parto acelerado está tambien en este caso, como veremos luego. 5.º En fin, el cansansio que se apodera del útero en algunas mugeres sin causa averiguada. Esta solamente se conoce por esclusion, viendo que no existe alguna otra. Aquí conviene hacer andar á la paciente, hacer fricciones en el vientre de todos los modos prescritos con otro motivo, cosquillar el cuello del útero, y en caso de no conseguir que vuelvan los dolores, es preciso la administracion del cuernecillo de centeno.

Despues de la espulsion del feto sucede que el útero no verifica su retraccion ordinaria, y queda suelto y flotante en el vientre; entonces ó no se ha desprendido la placenta del útero y es una fortuna grande: ó si lo ha hecho en totalidad ó en parte, se produce la hemorragia mas terrible que se conoce. Esta inercia es absoluta, ó solamente débil la retraccion del útero; es total ó se limita á parte del órgano; se reduce el útero y despues de horas ó dias reaparece.

Cuando ecsiste, no se nota en el vientre el tumor duro globuloso que se contrae intermitente y aun dolorosamente &c., como dijimos en otra parte, sino blandura y flojedad que permite deprimir las paredes del vientre hasta tocar los cuerpos de las piezas del espinaso; el cuello uterino no presenta resistencia alguna, y si por una necesidad urgente de que hablaremos en la hemorragia, se tiene que llevar la mano dentro del útero, se notan sus paredes blandas y arrugadas, sin oponer la

resistencia ordinaria: si no ha dejado la placenta sus adherencias con el útero, no se alcanza por el cuello, ni hay hemorragia interior; pero el cordon cortado da mucha sangre; si se ha desprendido, en totalidad ó en parte se ven todos los síntomas de la hemorragia, mas comunmente de la interna.

Reconoce las mismas causas referidas arriba, es repeticion de la que ataca en el trabajo de espulsion del feto, y por el contrario un trabajo acelerado, no dejando al útero el tiempo necesario para irse recojiendo gradualmente, lo deja dilatado con la salida tan precipitada del feto: tambien se dice que el útero, ha quedado dilatado, por haber contraido adherencias con el epiplon (redaño).

Es una fortuna que no se hayan despegado las secundinas del útero, en su inercia, pues no hay el síntoma apremiante de la hemorragia; entonces no hay que estirar del cordon ni hacer maniobra alguna hasta que no quede remediada la inercia, pues se ocasiona el flujo, ó cuando menos el reanversamiento del útero; solamente se liga prontamente el cordon que cuelga de la vulva. No asi cuando están desprendidas al estallar el accidente, pues la hemorragia escije obrar sin pérdida de momento (vease hemorragia). La inercia en sí se remedia, con fricciones en el vientre, cosquilléo del cuello y demas que queda espuesto arriba; con aplicaciones al puvis ó muslos de lienzos empapados en agua fria, la introduccion del cordon en agua fria, segun se ha aconsejado, y con dar á tomar unos tragos de caldo; pero si no se presentan las pequeñas contracciones del útero, se hace preciso el cuernecillo de centeno, y obrar sobre las secundinas segun convenga en cada caso. Se dice que tomando el peson de la madre el recien-nacido se reduce el útero.

§ III. *Prolongacion del trabajo.*

Varias veces hemos indicado lo funesto de los efectos de la prolongacion del trabajo cuando escede de ciertos límites. Efectivamente resultan accidentes que se refieren á la madre ó al feto: á la primera sobreviene el cansancio y aun la inercia del útero, cuyas terribles

consecuencias acabamos de pintar, viene ansiedad, abatimiento, funestos presentimientos, tendencia á actos violentos ú otros delirios, calor ardiente de la cara y de la piel, cuando el feto pasa á la escavacion resulta la compresion de los órganos vecinos, cuyos resultados son la retencion de orina con sus graves peligros, la gangrena de la vegiga ó del recto, seguida de supuraciones prolongadas, perforaciones y fístulas poco ó nada curables y muy asquerosas, y todos los accidentes que de estos resultan. Al feto desde que se rota la bolsa, pues antes no sufre sino lo que puede participar de los padecimientos de la madre, resulta una compresion fuerte, así como al cordon, porque dejan de estar protejidos por la agua del Amnios, la cabeza está tambien en este caso, principalmente cuando pasa por la escavacion; estos efectos prolongándose, causan un ataque de sangre al cerebro muy grave y la compresion del cordon, la muerte pronta del feto.

La prolongacion del trabajo reconoce las causas que hemos ido refiriéndo en cada lugar y los obstáculos para el parto que describiremos despues.

Se combate atacando las causas que la producen; pero solo la práctica enseña á no alarmarse con las ecsigencias de los dolientes y á saber esperar cuando la prolongacion no es real ni reconoce causa.

§ IV. *Trabajo acelerado.*

Por el contrario se presentan casos en que las contracciones son tan fuertes y separadas por tan cortos intervalos, y que no dejan sustraerse á la necesidad de pujar, que el parto se verifica despues de algunos dolores; resultando accidentes tan graves, como en los muy lentos: como son la inercia consecutiva del útero con su grave acompañamiento; la rasgadura del cuello del útero, de la vagina ó del perinéo; los síncopes algunas veces mortales, que siguen al desocupamiento repentino del vientre, y solo por el hecho de la violencia y actividad del parto, la muerte mas ó menos pronta. Al feto acarrea la muerte la compresion fuerte del cordon contra él, que proviene de la contraccion energica y continua del útero, cuando se vacía el Amnios;

y no aguardandose todavía el parto, y verificandose de modo que caiga al suelo, recibe un golpe tal vez mortal, ó se rota el cordon.

La mucha amplitud de la pelvis, la pequeñez del feto, la rotura del cuello uterino y en general la falta de resistencia de estas partes, favorecen el parto acelerado: las mugeres muy impresionables ó muy robustas generalmente hablando, y ciertas que tienen el privilegio de tener sus partos con unos cuantos dolores, y de heredarlo y trasmitirlo á sus hijas, segun parece, estan en el mismo caso.

Cuando se prevea un parto violento, se acostará, la paciente: luego que se declare, evitará los esfuerzos voluntarios en lo posible; y tal vez necesitará disminuir la actividad del útero con preparaciones de opio ó sangrias ú otros medios.

§ V. *Convulsiones del útero.*

Otro de los accidentes del parto, es una enfermedad particular del útero llamado *tétanos*, *espasmo ó convulsiones uterinos*, que consiste en que las contracciones se repiten con irregularidad, sin haber calma completa en los intervalos, sino un dolor continuo que de tiempo en tiempo se hace atros: ó no son generales, y solamente se contrae una parte del útero, con un dolor intensísimo; dejando luego una calma perfecta. En ambos casos, nada ó muy poco adelantan la dilatacion del cuello uterino, el aumento y tirantes de la bolsa ó el descenco de la parte del feto que se presenta, como debiera esperarse de la atrocidad de los dolores; durante estos se palpan desigualdades y bordes en el útero, en lugar de su lisura ordinaria; hay agitacion, llanto, desesperacion, turbacion de las ideas, contracturas convulsivas de los miembros, calor en la piel, rubicundés de la cara, frecuencia de pulso &c. Arrojado el feto, son abrasadas las secundinas en totalidad ó en parte por el útero contraido, dándoles en este último caso la forma de un *huage*, y no permitiendo que salgan: si existe la contractura por porciones, las partes enfermas forman pliegues, ó columnas tensas, que dividen la cavidad en celdillas, y estriñen la placenta

en otras tantas partes para darle la forma de una estrella; si una parte del útero se contrae y encierra la placenta, y la otra está inerte, hay dos cavidades separadas por un anillo mas ó menos estrecho: si se limita el espasmo al orificio esterno del cuello, no se puede introducir el dedo por él, y si existe en el interno, está muy flojo y desfigurado el cuello y hay dentro un fruncimiento por el que no pasa el dedo. Nunca se ha visto el fondo del útero con esta convulsion.

Este accidente dura un rato por lo regular: pero algunas veces se eterniza y es preciso atacarlo. Las causas que lo producen son poco conocidas: el abuso de los medicamentos que ecsitan el útero: como el zihuapatzli, el cuernecillo de centeno y otros, las manipulaciones groseras, un parto de gemelos, el estado de plétora y el de ecsaltacion nerviosa, son las mas averiguadas.

Durante el trabajo de espulsion del feto, se administran baños tibios de agua ó cocimiento de malvas, geringatorios por la vulva de malvas, linaza, ó lechuga, aplicaciones al vientre de aceites con láudano ó pomada de belladona, que se lleva tambien al cuello uterino. Si no desaparecen estos padecimientos un médico, combatirá la plétora prudencialmente con los medios á propósito, ó la exaltacion nerviosa con la valentía necesaria, viendo si administra en la dósis relativa al caso, una preparacion de opio, que haciendo cesar un rato los padecimientos, y produciendo un sueño reparador, permite despues la aparicion de contracciones regulares y útiles. Como despues de arrojado el feto, es necesaria la introduccion de la mano dentro del útero para conocer el tétanos del útero, nos limitamos á decir que si pasado el tiempo que hemos dicho se aguarda para la descarga, no se verifica, se consulte al cirujano para ver si juzga oportuna una sangria, ó mas bien convienen los narcóticos ú otros medicamentos, ó en fin, si se vé en el caso de estraer la placenta.

§ VI. *Hemorragia uterina.*

La *hemorragia uterina* es la salida de sangre del interior de los vasos sanguineos del útero, ya se derrame entre el tegido del órgano, quede depositada en el inte-

rior de su cavidad, ó salga por la vulva al esterior. Es un accidente de los mas frecuentes y graves que padecen las embarazadas en todas las epocas de la gestacion, durante y despues del parto y al que se necesita acudir con mayor celeridad: por lo que vamos á ocuparnos de él un poco mas.

Causas.—Las causas que lo provocan son: 1.º las alteraciones de la sangre ya por aumento ó por diminucion del número de los glóbulos de la sangre ó ya por falta de la fibrina: en el primer caso están las mugeres pletoricas, en el segundo, las hidrohémicas y las anhémicas, y en el tercero, las que están bajo la influencia del escorbuto, ó de las fiebres, v. g. las que resulta de una podredumbre en el interior del útero: 2.º Las alteraciones del útero ó de un órgano distante. En las del útero se comprenden sus desorganizaciones, como el cancer (llaga en las caderas), la melanósis, los tubérculos, los reblandecimientos, las ulceraciones y la gangrena: en las de los órganos distantes, están algunas afecciones del corazon ó de los vasos gruesos, v. g. un aneurisma, y algunas de los pulmones: 3.º Las alteraciones de las fuerzas vitales. Ocupa el primer lugar entre estas, la plétora uterina. En seguida vienen, la circunstancia de esponer á otra, una hemorragia anterior, las emociones morales, como una sorpresa agradable ó desagradable, un acceso de cólera, una disputa acalorada; la frecuencia del teatro ó de las tertulias ó el abuso del coito. Ocupa tambien un buen lugar, principalmente despues del parto, la inercia del útero por la que quedan abiertos los vasos que se rotan cuando se ha desprendido la placenta, agregándose en la parcial que la sangre es empujada por la porcion contraida á los puntos inertes. Por último viene la supresion de un sudor abundante de que hablan los autores: 4.º Las causas traumáticas. Tales son los golpes, las caidas, los esfuerzos para alzar un objeto pesado, los vómitos, la tos, el estornudo, los purgantes fuertes, los semicupios calientes, la repeticion de sanguijuelas á la vulva, los medicamentos que obran en el útero, el desprendimiento de la placenta total ó parcial, sin la retraccion consiguiente del útero, como sucede despues de una gran espulsion de agua en la hidropesía del Amnios,

ó de la salida del primer feto en una preñes gemelar, en una rotura del útero, en la insercion de la placenta sobre el cuello ó sus inmediaciones, y en la cortedad del cordon ó su envolvimiento al rededor del feto, que en el parto ocasiona tirones que desprenden el centro de dicha placenta anticipadamente: por último pertenece á esta categoría la rotura de los vasos del cordon, causada por su cortedad ó acortamiento, por una enfermedad en ellos, ó por su mala distribucion, seguidos de un movimiento fuerte del feto en el embarazo, ó de las contracciones uterinas en el parto. De estas causas de la hemorraguia uterina que hemos recorrido, muchas esponen á ella, produciéndola por sí pocas veces, otras solo obran de esta manera inmediatamente; pueden obrar á un tiempo dos ó mas, ser causa una de otra ó entrar en mil combinaciones para producir el accidente. Al contrario, no es raro ver mugeres espuestas á las mas violentas de ellas, sin ser atacadas de hemorragia uterina.

Síntomas.—Cuando la causa de una hemorragia es violenta, se presenta luego sin anuncios. En los demas casos dias antes de que estalle, se ecsageran los síntomas de la plétora, si la embarazada está en este estado: si está débil, se pone descolorida, se cansa con cualquier ejercicio, siente desvanecimientos, ahogamientos y palpitaciones; en ambos casos vienen síntomas de plétora uterina (vease el apéndice de la primera parte). Despues de algunas horas ó dias viene palides de la piel, debilitacion del pulso, calosfrios, enfriamento de las estremidades, síncopes, y ahogamientos que indican con mas certidumbre que estalla la hemorragia. Entonces ó sale al esterior la sangre y no se necesita mas para caracterizar el accidente, y solo se trata de conocer la causa para atacarla, ó distinguirlo de la menstruacion en los primeros meses del embarazo; ó el derrame es abundante y no sale sino muy poca sangre, teniendo mas facilidad en permanecer dentro; ó despues de haber estado saliendo, se suspende el escurrimiento al esterior; pero siguiendo la hemorragia, se acumula en el interior la sangre, por la formacion de un cuagulo que se pone de tapon en el cuello del útero ó la vagina: ó se derrama al principio interiormente, no escurriéndose al esterior sino despues de abrirse un camino mas ó menos largo,

rotando los nuevos vasos que encuentra al paso, de modo que si es en el centro de la cara uterina de la placenta, por ejemplo, camina entre esta y el útero hasta un borde y luego entre este órgano y las membranas hasta el cuello, la vagina y la vulva, y así de los otros puntos: ó en fin, derramada la sangre, se acumula toda, y no aparece absolutamente al esterior, siendolo libremente en la cavidad del útero como sucede en los primeros meses del embarazo y despues de la espulsion del feto, ó entre la placenta y el útero, ó entre las membranas, ó en la cavidad del Amnios: en todos estos casos lo que llama mas la atencion es los síntomas generales, palides de la piel, debilitacion del pulso &c., y cuando la hemorragia es fuerte, un intenso dolor de riñones, pesantes en el ano, calor en el vientre, y cólicos: si viene en una preñez adelantada, se nota ademas un abultamiento considerable y rápido del vientre con mayor dureza y resistencia que antes, haciéndose á veces de forma irregular y como dividido en dos partes, una perteneciendo al feto y otra al derrame, y la cesacion de los movimientos activos del feto: durante el trabajo se ve salir á cada dolor un cuajaron mas ó menos grande de sangre, debilitarse las contracciones y aun cesar del todo: despues de espulsado el feto, se nota un tumor formado prontamente y mas voluminoso y blando que el ordinario del útero reducido, el cuello está tapado por un cuagulo ó por la placenta desviada para atras, y hay los síntomas de la inercia del útero, que en este periodo es la causa ordinaria de la hemorragia uterina.

Cuando cesa la hemorragia por que se vacian los vasos pujantes de sangre, ó los tapa un cuajarón, ó se contrae el útero, se alivian los síntomas; pero cuando continúa, se van agravando hasta la muerte, cuya procsimidad se indica por la violencia que toman los dolores de riñones, lo muy prolongado de los síncopes, la repeticion de fuertes calosfrios, convulsiones, ceguedad, ampliacion de la pupila, é insensibilidad del pulso que le preceden.

Pronóstico.—Cuanto mas abundante es la hemorragia y débil la enferma, tanto mas peligrosa es para ella y su hijo. Para este lo es mas que para aquella al prin-

cipio del embarazo, por ser mas fácil su desprendimiento, su muerte y su espulsion, en tanto que la madre apenas lo advierte, pues saliendo el producto envuelto en un cuajaron, y cesando gradualmente el derrame, no tiene escrúpulo, en considerarlo únicamente como una menstruacion difícil, mas abundante que de costumbre. Durante el trabajo es muy temible el accidente: antes de estar suficientemente dilatado el cuello del útero, por que es mas difícil la aplicacion de la cirujia para la terminacion pronta del parto: rota la bolsa, por que se vuelve á llenar de sangre el útero, no habiendo la resistencia del agua para impedir el aumento del derrame, ni el recurso de que cese terminando artificialmente el parto. La debilitacion ó cesacion de las contracciones es signo de malísimo agüero. Pero nada es mas terrible como la venida del accidente despues de arrojado el feto, pues quedan sacrificadas las mugeres en algunos minutos en que se ve á la sangre inundar la cama y correr por el suelo, ó cuando se queda dentro del útero, formar un enorme tumor. La hemorragia en que se acumula la sangre en el interior es mas grave que en la que sale fuera, pues no se echa de ver de una manera cierta sino cuando ya es fuerte el derrame, la acumulacion produce nuevas rasgaduras de vasos, aumentando el número de bocas que dan sangre, y el cuagulo viene á ser un cuerpo estraño que ecsita las contracciones, afluencia y aun otra pérdida de sangre. A proporcion que se repite un flujo de sangre va creciendo el peligro, por la debilitacion general que encuentra de los anteriores, por la falta de fuerzas de los vasos que no les permite contraerse, y por la fluides mayor que adquiere la sangre que se opone á su cuagulacion. En fin, la causa influye bastante: la introduccion en la sangre de un principio que disminuya su cantidad de fibrina y la plétora que tiende á reproducir el accidente: son muy temibles: una hemorragia uterina por causa local, es proporcional á la desorganizacion que existe en el útero, así como por causa traumática lo es á su violencia: la implantacion de la placenta sobre el cuello del útero es muy peligrosa, pues desde el 4.° ó 5.° mes del embarazo, que comienzan las hemorragias, se siguen repitiendo con mas frecuencia y abundancia hasta el

parto, en que hay que desprenderla para terminar el parto, es decir, aumentar la pérdida, y á tal grado si su centro corresponde al del cuello, que se hace mortal para el feto y gravísima para la madre, á no ser el caso afortunado que avanzando el feto, y comprimiendo los vasos que dan sangre, contenga la hemorragia entretanto viene la retraccion del útero: en fin, la causada por inercia del útero, principalmente si sucede á la salida del feto, es horrorosa, pues lo numeroso de los vasos rotos al desprenderse la placenta, la falta de la contractilidad que debe cerrarlos, la ninguna fuerza de las paredes del útero que impide su ampliacion, la dificultad de formarse un cuagulo que sirviera de tapon, nada resiste al impulso de la sangre que mas frecuentemente se acumula dentro y no se deja notar pronto, á lo que se agrega que favorece la accion de otras causas.

Pasado el accidente, sufre mucho la salud, vienen dolores habituales de cabeza, malas digestiones, debilidad de la vista y del oido, predisposicion á las inflamaciones que suelen seguir al parto, y mayor gravedad en ellas si se declaran, por la circunstancia de no permitir la debilidad que queda, la aplicacion de los medicamentos mas eficases. El feto, si sobrevive, queda débil y espuesto á los accidentes respectivos y aun á la muerte de que habia escapado.

Diagnóstico.—En los primeros meses del embarazo es difícil distinguir la hemorragia de la menstruacion cuando acaece en los dias en que venia esta; sin embargo, se podrá en muchos casos reconocerla, segun lo que hemos dicho hablando del aborto: por otra parte, siendo tan débiles en este periodo los medios de union del producto de la concepcion con el útero, que solamente el impulso de la sangre lo arranca, envuelve y lleva consigo al esterior, se considera el aborto y la hemorragia uterina, como un mismo accidente en la práctica. En los meses siguientes aun cuando no se diagnosticara la preñez con seguridad, no puede tomarse por menstruacion sino un flujo poco abundante, que bastando para agotarlo precauciones que no contienen la menstruacion, no hay inconveniente en la incertidumbre; pero basta que sea abundante y mas si se está cierto del embarazo, para

formar el diagnóstico. Toda pérdida de sangre durante el trabajo y el puerperio debe ser considerada como hemorragia, pues como sabemos, aun la que tiñe las flemas proviene de roturas de vasos; solo se trata de saber á qué punto debe ser ya atendida con especialidad, y será cuando sea abundante ó traiga algun síntoma alarmante.

Cuando la sangre se acumula en el interior total ó parcialmente, es necesario reunir muchos síntomas de los que la hacen advertir, pues los síncopes por sí solos no indican necesariamente una hemorragia, ni siempre se nota el desarrollo rápido del útero, que parece debiera encontrarse sin falta; por ejemplo cuando el derrame se hace entre el centro de la placenta y el útero, ó dentro del Amnios, antes de su rotura; asi es que buscando con cuidado este desarrollo con las circunstancias de que sea rápido, para no ser confundido, durante el embarazo, con la hidropesía del Amnios, ó la preñez gemelar, que dé un sonido apagado, para que no lo sea con la formacion de gases en los intestinos, y que haya meado hace poco la enferma, para no tomar la vegiga de la orina llena, principalmente despues de la espulsion del feto, por un cuagulo formado en el útero por la sangre: encontrando, decimos, ese tumor con los demas síntomas, palides de la piel, debilitacion del pulso, síncopes dolor de riñones &c., que cuando corre peligro la madre no faltan los mas, se puede estar cierto de la hemorragia. Durante el parto, la falta de intensidad y repeticion de los dolores, la sangre que sale por la vulva, y los cuagulos en la vagina ó mas adentro harán estar sobre aviso. Despues de espulsado el feto, se tendrá mucho cuidado con los síntomas generales, para buscar prontamente los locales y proceder sin vacilacion. El síncope sin hemorragia que viene con frecuencia despues de espulsado el feto por falta de compresion en el vientre al salir el recien-nacido, no trae los demas síntomas de ella, asi como tampoco un acceso de histérico, que se parece tanto al de muerte prócsima, como veremos y el cual ademas ya ha venido en otras ocasiones por lo comun.

Respecto del conocimiento del asiento del derrame, lo

que se sabe queda espuesto en el cuerpo de este artículo.

Por lo que hace á la indagacion de las causas del accidente basta por lo comun el interrogatorio. La plétora, la hidrohemia, la insercion de la placenta sobre el cuello del útero, la cortedad del cordon, y la inercia uterina, tienen su lugar en este tratado: otras solo al médico es dado conocer: las causas morales y algunas otras es preciso adivinar: la rotura del cordon solo se vé cuando sale el feto, á no ser que habiendo mala distribucion en sus vasos, y pasando de un lado al otro del cuello, diera la sensacion de una cuerda tirante y que pulsa muy aceleradamente, pues entonces se preveria la hemorragia, y podría prevenirse con tiempo.

Método curativo.—Debe prevenirse la accion de las causas de la hemorragia en lo posible, para no verse en el caso apurado de verla sobrevenir, de modo que se indaga su ecsistencia cada vez que se presente la ocasion: se obra en seguida segun convenga, siendo la mayor parte de ellas del dominio de la Medicina, y es necesario estar alerta siempre en espera del accidente.

Cuando por desgracia se presentan los síntomas, de la hemorragia uterina, se hace consultar inmediatamente á un médico-cirujano, para salvar la responsabilidad tan peligrosamente comprometida en estos casos y entretanto llega á tomar las medidas enérgicas que deben salvar á la enferma y al feto (aun no cristiano), se la coloca sin pérdida de tiempo en una cama un poco dura horizontalmente y aun con la pelvis mas alta, poniendo debajo una almohada, si posible es, se elige un aposento amplio, oscuro, silencioso, bien cerrado, y en tiempo de calores regado con agua fria, se la desviste y quita toda especie de ligaduras, se le echan encima cobijas mas ligeras, se la asegura de que no corre peligro, se le prohibe todo esfuerzo y movimiento fuerte y se le administran tragos repetidos de agua fria sola ó con limon, naranja ó vinagre. Nada de fricciones al vientre mucho menos con aguardiente, que ecsitarian el útero y aumentarian el mal; ni de otra porcion de remedios lo menos inútiles, para un mal en que solamente la pérdida de tiempo es ya un grave perjuicio.

A esto se limita la obligacion de una matrona en la hemorragia uterina, sobre cuya historia si nos hemos estendido, es porque debe ser conocida desde antes que estalle para prevenir los grandes peligros á que espone. Sin embargo, es tan violento este accidente algunas veces despues de espulsado el feto, que no da lugar á la llegada oportuna del médico; en este caso no podemos escusarnos de indicar lo que debe hacerse por lo pronto. Ya se entiende que desde antes se ha procurado prevenir la accion de las causas, que si ha habido motivo para temer la inercia del útero, causa mas frecuente en el caso en que nos hemos colocado, se han combatido sus causas (v. inercia en el útero). Si á pesar de todas las precauciones convenientes, se presenta la hemorragia, con los síntomas muy intensos, al mismo tiempo que se ataca la inercia uterina, se pone una ancha y gruesa compresa arriba del puvis, sostenida con un ancho vendaje apretado, y ademas si el caso es muy grave, se lleva atrevidamente hasta dentro del útero con una mano, un pedazo de esponja empapada en vinagre, ó un limon sin corteza, se esprime allí y se retira la mano despues.

§ VII. *Roturas del utero.*

Este accidente es uno de los mas peligrosos de las embarazadas. Se produce las mas veces, por la facultad de contraerse del útero, que, en lugar de consumirse para producir la inercia contra los obstáculos que se presentan, algunas veces se redobla con estremada fuerza, como si se reforzara con ellos; pero por desgracia es para rasgarse el órgano.

No hablando aquí de las pequeñas roturas del cuello que casi en todos los partos suceden y que no se estienden mas allá de su insercion en la vagina, diremos que en el momento del accidente, se siente un agudísimo dolor en el lugar que se verifica, punzante, parecido á un calambre, que arranca un grito penetrante, al mismo tiempo que se siente un ruido de rasgadura ó chasquido, perceptible en ciertos casos por los circunstantes: luego se convierte el dolor, en una sensacion de entorpecimiento, se esparse un suave calor por todo

el vientre, la enferma palideec, hay desvanccimientos, debilitacion del pulso y sigue un verdadero síncopc, estos síntomas no son mas que signos de la hemorragia que se verifica inmediatamentc por el desprendimiento de la placenta. Esto es todo lo que se manifiesta en el momento dc la rotura, durante los primeros meses de la gestacion que no cs palpable el útero por el vientre; ó en los meses siguientcs, si cl feto se eoloea como tapon en la abertura formada, antes que pueda pasar algo á la cavidad del vientre, dejando cn una seguridad tranquila un accidente quc por sí solo nada tendría de grave, pues la herida da poea sangre y se eicatrizaría pronto, y al eual sigue conmunmente una ealma eompleta de muehas horas y aun de algunos dias: calma dañina, pues luego, se contrae el útero, se desprende la plaeenta totalmente, pasa eon el feto y la sangre á la eavidad del vientrc y eomienza la serie de peligrosísimos accidentes que hemos delineado en la preñez extra-uterina, á los euales sc agrega la hemorragia uterina abundante, y aun violentamcnte mortal, la inflamaeion del útero, é introdueiéndose una parte de intestino en la rasgadura, y eontrayendose luego el útero, la estrangulaeion, que cs otra de las afeceiones gravísimas que atacan á la especie humana. Cuando no ocurre el taponamiento dc la rotura por el fcto, se aplasta y pone blando el vientre, hundiéndose eon facilidad la mano arriba del puvis, cn donde poco ha sc palpaba el tumor duro y globuloso del útcro, se reconoce el feto mas superficial y en un lugar en que no debiera estar, sc distinguen mejor sus partes, y los últimos movimientos que ejeeuta son agitados eomo convulsivos para cesar luego eon su vida: se palpa tambien del otro lado, el útero desviado, reducido y pequeño; la muger siente un peso estraño: algunas veces sale sangrc por la vulva: durante el trabajo, eesan los dolores, luego que se rasga cl útero, deja de formarse bolsa de las aguas sin haberse roto ni salido agua por la vulva, la parte del feto que se presentaba sube hasta donde no se puede aleanzar, cl cuello se reeoje, y euando hay que introducir la mano al útero, se siente cstrecho, se toca una parte del fcto, ó de un intestino y aun la rotura. En

ciertas circunstancias no se observan estos síntomas, entonces solo la autopsia puede descubrirla.

La rotura del útero es rara; pero es mas frecuente en la segunda que en la primera mitad de la gestacion, en el parto lo es mas. Pueden rotarse todos los puntos del órgano; durante la gestacion se verifica mas fácilmente en el cuerpo; en el parto, por estar mas adelgasados y menos sostenidas, lo es en las inmediaciones del cuello: la causa influye bastante respecto del lugar de la rotura, si es una compresion esterior, revienta comunmente el útero en uno de los lados, si es consecutiva á una desorganizacion, sucede el accidente en el lugar que tenga su asiento, si un punto del útero está inerte, cuando lo demas se contrae, la fuerza se emplea en rasgar ese punto, finalmente un puñal, una bala &c., no tienen límites para herir. El tamaño, la direccion y la figura de la rotura son variables en los diversos casos, no siempre se agujera la pared del útero de uno á otro lado, sino tambien en parte de su grueso solamente por ejemplo la capa muscular. La distension causada por una gran cantidad de agua amniótica ó por una preñez gemelar ó la flaqueza natural del útero, de ciertas mugeres, que debilitan su resistencia: una inercia parcial, una inflamacion ó congestion de una porcion del órgano, las alteraciones del tejido como el squirro, el cancer, la transformacion fibrosa, ciertos reblandecimientos sin inflamacion, como cuando el promontorio es muy agudo y va adelgasando la porcion de útero que allí descanza (Malgaigne, Anat. Chirurg.), que debilitan tambien la fuerza en la parte que tienen lugar y aun por sí solas la perforan, predisponen al útero á rotarse, si no lo ha hecho en el punto mas débil una violencia esterior, como una compresion fuerte, un golpe intenso, un esfuerzo enérgico, como el vómito, el estornudo, la tos, el levantamiento de un gran peso &c., á lo que se agrega en el parto, las contracciones enérgicas, principalmente si hay un obstáculo para la espulsion del feto, contra el cual se ejercen en vano.

Nada tenemos aquí que decir contra las roturas del útero; el médico es el que tiene que combatir la debilidad de las fuerzas y la hemorragia inmediata; que prevenir y curar las inflamaciones consecutivas, abrir ca-

mino á las supuraciones que se establecen: hacer la estraccion del feto en la preñez avanzada, ya por el útero con la mano ó con el Fórceps, si es posible, ó ya por el vientre con la operacion cesarea: desestrangular el intestino en caso necesario: y por último, prover á la consunsion de las fuerzas y á las fistulas consiguientes en caso que triunfe la naturaleza de toda esta serie peligrosa de accidentes.

§. VIII. *Roturas de la vagina.*

Tambien la vagina se rota algunas veces en cualquier punto de su estension; pero sus resultados, aunque son los mismos que en las del útero, nunca son tan apremiantes, y es mas fácil atacarlos.

Resulta este accidente de compresiones prolongadas ó de tirones fuertes sufridos por la vagina. Son de las primeras la permanencia prolongada de una parte considerable del feto y la mala aplicacion del Fórceps, que obrán rasgándola, perforándola ó produciendo una gangrena que al caer, deja una pérdida de sustancia mas ó menos grande: de las segundas, todos los actos que tienen por objeto hacer remontar al útero de su lugar, como las maniobras imprudentes que se ejecutan en el vientre de las embarazadas, la practica bárbara de sacudirlas en ese estado, que trae otros accidentes no menos graves, los esfuerzos para penetrar al útero con una mano arrojada ó con un instrumento mal dirigido &c., y la misma contraccion uterina, que no pudiendo hacer que avance la estremidad del feto qne está en la escavacion encajada por alguna causa, y no pudiendo reducirse del fondo para el cuello por impedirselo la fijeza de la otra estremidad fetal, lo hace del cuello para el fondo, estirando la vagina hasta rotarla.

No tratamos aquí de las roturas de la mitad inferior de la vagina, que ya hemos referido en otro lugar, ó que por la pronto son motivo de una especie de hemorragia llamada *Trombus* de la vulva, que aunque es un accidente del parto, debemos considerarlo mejor como obstáculo á él. Las de la parte superior, presentan los mismos síntomas que las del útero con la diferencia de su menor intensidad, asi es que el

dolor en lugar de tener una agudeza inesplicable, se puede confundir con los del parto y no apercibirse del accidente sino cuando suspendido el trabajo, se busca la causa de este accidente, pues entonces se nota la rasgadura por lo comun trasversal del conducto: el feto queda en su lugar, ó pasa parte ó todo á la cavidad del vientre, segun las circunstancias de cada caso.

Los cuidados que ecsige este accidente estan en el mismo caso que el anterior.

§. IX. *Roturas del perinéo y de la vulva.*

Este es otro de los accidentes que suceden en el trabajo. Ya hemos tenido ocasion de hablar de la rotura de la horquilla que viene principalmente en las primerizas y se cicatriza prontamente sin accidente alguno; pero suele estenderse para atrás aun hasta el ano y su *esfínter*, que le da el resorte, y presentar una ancha abertura en la entrada de la vagina que si llega hasta el ano, da continuamente salida á los escrementos, y en lugar de placer, trae el coito ascos y disgustos á ambos consortes. Ardores y escorsores causados por el escurrimiento de la sangre y los loquios, llaman la atencion para observar su causa y luego se ve la rotura. Recordaremos el caso anunciado antes de perforacion del perinéo por la cabeza del feto, quedando intacta la horquilla, que ha sucedido alguna vez. Por último los grandes labios son el asiento algunas ocasiones de roturas trasversales mas ó menos profundas.

Acontece el accidente de que tratamos, por la circunstancia de verificarse un primer parto en una muger avanzada en edad, cuyas carnes no tienen ya la blandura y elasticidad conveniente, por un parto acelerado antes de haber ido cediendo por grados el perinéo, por inclinacion menor que de ordinario de la pélvis que hace sea mas vertical la vulva, por estreches ecscsiva de la vagina, por inclinacion anterior del útero ecsagerada que empuja mas para atras al feto, por la salida de una cabeza voluminosa, ó del occipucio por este lado, cuando la rotacion interior se hace para atras, por una grosera aplicacion del Fórceps y en fin,

por no sostener bien el perinéo en los últimos momentos del parto.

La enunciacion de estas causas es con el objeto de prevenirlas en lo posible durante el trabajo, procurando destruir las que se puedan, dirigiendo vapores á esta parte cuando se ve resistir á la dilatacion, aplicando sobre ella alguna grasa, como manteca, aceites ó pomada de belladona, ecshortando á la muger á contener sus esfuerzos á fin de dar mas tiempo á que ceda el perinéo sin rasgarse y sosteniendolo con mayor cuidado. Si solo algunas lineas ocupa la rotura, se harán estar en contacto los labios de la herida mientras con la cicatrizacion se adhiere uno al otro, teniendo á la enferma con los muslos juntos por algunos dias y acostada por un lado para que los loquios no escurran por la herida: si la rotura es estensa, pronto deberá un cirujano poner una *sutura* antes que cicatrizándose sin la adhesion conveniente, vengan los inconvenientes referidos, ó tenga que sugetarse á la avivacion cruenta de los bordes de la cicatriz, con menos probabilidades de sanar. Bajo estos principios se obrará en las roturas de los grandes labios. Se comprende ahora el efecto pernisioso que producen las aplicaciones de una sustancia entre los bordes de la herida, como la lista de polvos que recomiendan hasta el fastidio.

§. X. *Síncope.*

Las mugeres muy débiles, ó muy nerviosas que con la mas ligera impresion se trastornan por cualquiera causa, son atacadas en cualquier estado, pero principalmente en el embarazo, el parto y el puerperio de una enfermedad de corta duracion, con pérdida súbita del sentimiento y movimiento, debilidad, y aun suspension momentanea de la circulacion y respiracion con enfriamiento general (Moneret), que se llama *síncope.* Comienza por una sensacion de acabamiento en el corazon, que comunmente se refiere al estómago, luego viene oscurecimiento de la vista, zumbido de oidos, palides de la cara, falta de fuerzas, y entonces cae al suelo la enferma, y aun se enfrian las estremidades, se

picrde la intcligencia ó á lo mcnos el uso de la palabra, y cn los casos estrcmos sc suspendc la circulacion y la respiracion.

Ordinariamente es síntoma estc aecidente de una hemorragia ó al salir el fcto de la falta dc compresion que haeia en el vientre, principalmcnte euando no se pare acostada; indica que falta sangre en el eerebro por la pérdida, ó por la rcpartieion violcnta que se vcrifica hasta las estremidades inferiores, en donde circula por cl embarazo cn mucha mcnor proporcion quc en las partes superiorcs; pcro otras veccs es cnfcrmedad por sí cl síneope, causado por cualquier dolor, v. g. los de parto, por una fuerte impresion, como un susto, una eólcra, un gran ruido, la vista ó tocamiento de un objeto que causa horror, un olor fuertc &c, despucs de una fatiga, como la del trabajo y otras.

Es necesario luego que se nota cl síneope, que no sc confundirá con un ataque de sangre al ccrcbro, el eual presenta rubicundcs de la cara, los ojos y los labios y un pulso fuerte, se acostará horizontalmente á la enferma se le aeercará á la nariz eter, amoniaco ó aguardiente, no se le moverá absolutamente hasta quc pase, y sc verá si no depende dc una hemorragia para proccder luego, ó de falta de compresion en el vientre para apliear la mano ó una compresa arriba del puvis. Si se prolonga y eausa temores, sc consultará un médico para quc administrc medieamentos cnérgieos ó scgun las eircunstaneias, termine prontamcntc el parto.

§. XI. *Convulsiones puerperales.*

Como la anterior cs esta una enfermedad nerviosa que consistc en la contraccion involuntaria de los músculos con perturbaeiones cerebrales que pueden ir hasta la pérdida complcta de la inteligencia. Cuando la contraetura, invade á todos los múseulos, se llama *eclampsía*, *epilepsía puerperal ó histérico puerperal*.

Algunas horas ó dias antes se anuncia el accidente muchas vcces por malestar, agitacion, violencia, cstremecimientos, dolor fuerte de cabeza que con nada se quita, aturdimientos, zumbido de oidos, oscurecimiento de la vista, nauseas, mirada fija, semblante estúpido y

aun trastorno intelectual; suele haber calosfrio, y por último, durante el trabajo, irregularidad de las contracciones uterinas que se hacen continuas. El acceso con estos anuncios ó sin ellos, se manifiesta por la pérdida repentina del conocimiento, quedando la enferma en su posicion, sin entregarse á movimientos desordenados; mueve rápidamente los ojos y luego quedan fijos para un lado; los párparos son agitados de temblores bastante visibles asi como los labios, la barba y la lengua, que es herida por los dientes, si no se toman precauciones; el tronco y los miembros se ponen rígidos y temblorosos, torciéndose los brazos de fuera para dentro con extrordinaria fuerza y cerrándose las manos; hay espuma en la boca, la respiracion es ruidosa é irregular, algunas veces se suspende; suele haber vómitos, y salida involuntaria de orina y escrementos, el útero queda inerte unas veces y otras es el asiento de contracciones irregulares y tan fuertes que aun se rota, el pulso es ancho y fuerte unas ocasiones, otras delgado; al fin viene por lo comun un abundante sudor.

Este es el cuadro de un acceso de eclampsía ó de convulsiones generales, el cual es muy raro, pues lo que se observa con mas frecuencia es convulsiones parciales de una sola parte. Despues del acceso queda un sopor mas ó menos profundo y un cansancio general que se disipan gradualmente, á no ser que se repitan muchos accesos, pues entonces son continuos. Puede seguirse la muerte de la madre y del feto en esta enfermedad; pero por lo menos deja entorpecimiento de los sentidos y de la inteligencia, y pérdida de la memoria por algun tiempo; espone á sufrir operaciones para terminar el parto y si vive el feto, nace con convulsiones.

Es muy rara esta enfermedad en los primeros cinco meses del embarazo, inmediatamente despues del parto se está mas espuesto: es mas frecuente en las primerisas y en las que ya la han sufrido, y lo mismo ataca á las pletóricas que á las débiles; la producen la distension ecsesiva del útero la causa del edema de las piernas y muy particularmente de la hidropesia general, un obstáculo para el parto, una descarga dificultosa el reanversamienco del útero y se dice, que una impresion moral viva ó un dolor fuerte.

Dejamos al médico que se consulte, la distincion de las convulsiones puerperales de las otras enfermedades con que pueden confundirse, y llenar las indicaciones urgentes que ecsigen.

§. XII. *Otras enfermedades.*

1.° Cuando durante el trabajo sea atacada una muger de una *hemorragia del pulmon*, por la cual desgarre al tocer bastante sangre, puede ser preciso aplicar el Fórceps ó hacer la version del feto.

2.° En una *asmática*, en quien fuera mucha la angustia para respirar, podria tambien ser necesaria la estraccion del feto.

3.° Lo mismo decimos de las afectadas de un *aneurisma*, cuando durante el trabajo se repiten con mucha frecuencia las palpitaciones y la ansiedad.

4.° Otro tanto debe hacerse, cuando ocurren *vómitos de sangre.*

5.° Es muy posible que una *hernia* intestinal se aumente, inflame ó atasque para estragularse con los esfuerzos del trabajo; por tanto, es necesario para evitar estos peligros ecsecivos, tener acostada á la enferma precisamente durante el parto, hacer entrar el tumor al vientre con los dedos si es reducible y comprimir durante cada dolor el punto por donde sale, con una mano ó con un lienzo muy doblado, y reiterar los cuidados en el segundo tiempo: si no es posible reducirlo, se sostendrá con una pelota de lienzos cóncava, y si á pesar de estos cuidados, se pone dolorosa la parte y vienen otros síntomas estraños al parto, se dejará al médico que lo termine pronto y combata los accidentes graves que se ocasionan.

6.° Para la *hernia del útero* y su *salida* fuera de la vulva que desde el embarazo deben estar al cuidado de un médico, no tenemos nada que aconsejar aquí.

§. XIII. *Insercion de la placenta sobre el cuello uterino.*

El óvulo al entrar de la trompa al útero suele descender sin saberse por qué, hasta las inmediaciones y aun sobre el cuello uterino, y allí formarse la pla-

centa. Resulta de aquí que desde el 5.° mes de la gestacion, en cuya epoca está ya desarrollada la placenta, al seguir creciendo la parte inferior del útero con rapidés se van rotando los vasos que la unen con este y comienzan á producirse hemorragias que se repiten con mas abundancia y frecuencia á proporcion que se acerca el parto, en cuyo acto se hace peligrosísima, por el desprendimiento de la placenta que es consecuencia de la dilatacion del cuello, y por otra parte se retarda el trabajo.

Una hemorragia poco abundante sin motivo, ni síntomas precursores al 5.° ó 6.° mes de la gestacion advierte este accidente; á los pocos dias y aun á las tantas horas se repite mas duradera y abundante y sigue asi haciéndose mas frecuente y grande hasta el parto: se siente á traves del cuello un tumor grueso, ancho que ocupa todo el estrecho, blando, como carnoso y que impide practicar el balotéo: cuando ya puede penetrar el dedo dentro del cuello, se toca un cuágulo de sangre que entra de la vagina y está adherido á un tumor carnudo, como pulposo, parecido á una coliflor tierna y abrasado por toda la circurferencia del cuello, de la cual si se desprende sale mas sangre, y se sienten las roturas que se hacen: en el trabajo no se forma bolsa, y se aumenta la pérdida de sangre durante el dolor, á diferencia de cuando el flujo es de otra parte del útero, que cesa mientras la contraccion; por último, cuando se engasta la cabeza en el cuello y comprime las roturas, cesa la hemorragia que era tan abundante poco antes. Si la placenta no cubre todo el cuello, hay un espacio libre por donde se introduce con libertad el dedo, y solamente en los demas de la circunferencia se notan los signos referidos que no presentan las membranas solas. Si está implantada en las inmediaciones del cuello, recorre como de ordinario el dedo toda su circunferencia entre este y las membranas y solamente llevándolo mas adentro y recorriendo todo el contorno, es como se siente hácia un lado un borde de la placenta mas grueso que las membranas y con los caracteres dichos.

Las hemorragias que produce este accidente en la gestacion y en el trabajo, si consigue llegar la en-

ferma á esta epoca, y el retardo de este acto, son muy comprometidos para un profesor que puede verse obligado á provocar el parto prematuro, y terminarlo pronto, desprendiendo la placenta, lo cual causa una nueva hemorragia, y aun atravesándola con una sonda para que salga agua del Amnios y se redusca el útero.

ARTICULO II.

En el feto solamente.

Los accidentes que preceden afectan á la madre y al producto de la concepcion al mismo tiempo. El feto sufre antes de nacer varias enfermedades, que cuando se reconocen á tiempo, para salvar su vida obligan aun á violentar el parto. Por desgracia la mayor parte de sus padecimientos no se manifiestan por signos que den á conocerlos, sino cuando espulsado, se busca la razon de su muerte. Todo lo que podemos decir, por tanto, se reduce á lo que llevamos referido en la parte que trata del Pronóstico del parto y en los accidentes que preceden; tratando de los obstáculos del parto tendremos todavía que llamar la atencion hácia este lado; ahora solamente trataremos del descendimiento del cordon, de lo que se sabe sobre los padecimientos del feto dentro del útero y de su muerte.

Salida del cordon.

Acontece algunas veces que antes de la espulsion del feto se desliza el cordon entre el estrecho superior y la parte del feto que se presenta; y desciende á la vagina y aun fuera de la vulva, entonces es comprimido al avanzar el feto, y si sale fuera de las partes se enfria con el contacto del aire, resultando de estas dos circunstancias la interrupcion de la circulacion entre el útero y el feto y en consecuencia, la muerte muy pronta de este individuo.

Es raro el accidente que nos ocupa y sobreviene en todas las presentaciones, por la mucha longitud del cordon por la insercion de la placenta cerca del cue-

llo uterino ó por una presentacion que le permita descanzar en la bolsa de las aguas, por un obstáculo al parto en el estrecho superior, que no dejando acomodarse bien en su circunferencia la parte que se presenta, deja un hueco por donde se desliza; por un fuerte golpe de agua al romperse la bolsa, ó por la salida de un pie ó una mano que le sirva de guia.

Nada es mas fácil reconocer que el cordon cuando pasa de la vulva ó cuando cae á la vagina una buena porcion: no asi cuando apenas pasa del estrecho y menos si aun no está rota la bolsa; sin embargo, en los reconocimientos que se hacen durante el trabajo, se estraña en el estrecho superior una cuerda que huye á la presion, y que teniendo largo rato la punta del dedo sobre ella, deja percibir en los intervalos de los dolores, pulsaciones muy violentas como el balancin de relox, á diferencia de los que suele producir el cuello del útero, que son isócronos con los del pulso de la madre; esto la distingue de un retaso de las membranas ó de los pliegues de la parte del feto que se presenta, y no se confunde con la disposicion muy extraordinaria y rara de los vasos del cordon, que hemos anunciado en la hemorragia uterina, en que pasa de uno á otro lado del cuello dilatado la arteria, por el poco grueso que se reconoce á esta.

Cuando se trata de una presentacion de vértice ó de cara, es muy urgente la introducion del cordon hasta arriba de la cabeza del feto: para esto se introduce en uno de los agujeros de una sonda de mediano grueso, un retaso de cinta delgada y se fija con el arambre central; se amarra con el otro estremo de la cinta la parte salida del cordon sin apretarla, enrredándola como bola si es larga; se introduce luego la sonda por una sínfisis sacro-iliaca, sirviendo el dedo de conductor, de llevarse tambien el cordon y de no dejarlo escapar de la cinta; se lleva para arriba dentro del útero lo necesario para que pase sobre el estrecho el cordon y se mantiene así hasta que se engaste la cabeza ó la cara en la escavacion; entónces se saca el arambre de la sonda, luego esta, dejando dentro la cinta, y se verá en los dos ó tres dolores siguientes si no vuelve á salir el cordon. Si no pro-

duce el resultado intentado esta pequeña operacion, pronto se hará que un cirujano lo reduzca con la mano, guardando las reglas que ha enseñado la esperiencia ó violente la terminacion del parto. En una presentacion de un lado del tronco, ó cuando hay un obstáculo para el parto, estamos en que ya hace tiempo está el caso bajo su influencia. En la de pelvis y en los casos en que se está seguro de la muerte del feto, no hay que hacer contra la salida del cordon maniobra alguna; pero no se debe inferir la muerte solo por la falta de pulsaciones de este: pues si macerado, muy blando, verdoso y frio, no hay duda que es de un feto muerto, no así en las circunstancias contrarias en que se han visto cesar sus pulsaciones por un cuarto de hora, sin resultar la muerte del feto.

Otros accidentes.

1.° La rotura prematura de la bolsa hace que la dilatacion del cuello sea dificil ó dolorosa, por producirla una parte dura y desigual como es la parte del feto que se presenta: si se escurre mucha agua se desprende la placenta antes de tiempo y se produce una hemorragia mas ó menos grave para la madre y mortal para el feto: sobre todo, comprimiendo el cordon entre este y el útero contraido, se interrumpe la circulacion antes que pueda respirar, y faltando la agua sufre con mucha anticipacion el feto los efectos de la prolongacion del trabajo. Es conveniente por lo mismo, en obsequio de la vida del feto, intervenir pronto en la terminacion del parto en estos casos.

2.° Cuando se enreda el cordon en una parte del feto, se comprimen los vasos que lo forman y se suspende la circulacion de la sangre entre la madre y el feto, que muere si aun no respira: ademas si la parte en que se enreda es el cuello, se agrega á esto que la constriccion que causa, tan fuerte algunas veces que deja muy profundas señales al rededor del cuello del feto, interrumpe la circulacion de la cabeza, viniendo un ataque de sangre al cerebro. Antes de poderse reconocer con el dedo este accidente, es muy dificil diagnosticarlo, como veremos al hablar

de la cortedad del cordon como obstáculo para el parto: se ha creido oir en estos casos un ruido de soplo particular del cordon; pero son necesarias nuevas rectificaciones: la salida del meconio casi siempre indica que sufre el cordon una fuerte compresion.

3.° Cuando el feto se entrega á movimientos ecsagerados, y se aceleran los latidos de su corazon, es probable que padece. Cuando son muy débiles los latidos y sobre todo irregulares é intermitentes, que cesan durante la contraccion del útero y despues vuelven con mucha lentitud, es de temerse que el feto padece gravemente, y de hacer se sustraiga del peligro. Cuando el feto ejecuta movimientos fuertes y desordenados y luego débiles para suspenderlos completamente, se cree generalmente que es cuando agonisa y muere. La salida del *meconio*, no siendo presentacion de nalgas, con la agua del Amnios es un signo fatal. Por último, las enfermedades graves de la madre, y la existencia de accidentes ú obstáculos durante el parto, permiten sospechar los padecimientos del feto.

A esto se reduce lo que se sabe de las enfermedades del feto dentro del útero. Algunas veces nada indica que está en peligro, y sin embargo se ve nacer en tal estado de sufrimiento que no ha sido posible hacerlo respirar. En general siempre que se vea espuesta la vida del feto deben tomarse las providencias convenientes para salvarlo, tanto mas cuanto que somos católicos.

Muerte del feto.

En los primeros tiempos del embarazo es dificil conocer la muerte del embrion dentro del útero: despues es facil inferirla. Algunas veces la causa que ocurre da indicios de su funesto efecto: en tal caso está una enfermedad muy grave de la madre, un golpe fuerte, sacudimiento ú otra violencia esterior sobre el vientre y otras por el estilo.

Se nota que el vientre se afloja, disminuyéndose el volúmen del útero pasando el tiempo, mas bien que seguir creciendo, y se va de uno á otro lado segun se

inclina la enferma, obedeciendo á su peso: se siente un peso incómodo en el vientre bajo, pesantes en los lomos: los senos se marchitan: vienen calosfrios, calentura, fetides del aliento: dejan de sentirse los movimientos propios del feto y los latidos de su corazoncito. Despues de la rotura de la bolsa, durante el parto, si ya hace tiempo que está muerto el feto, no se forma el tumor de la cabeza ordinario, al contrario está blanda la piel y se deja arrugar, los huesos se sobreponen mas de lo ordinario, y si se frotan unos con otros hay una especie de chasquido: cuando muere despues de formado el tumor, no hay mas que aguardar á que pasen tres ó cuatro horas para ver que se ablanda dicho tumor, se observan la flojedad de la piel y la sobreposicion de los huesos durante el dolor, la cual no cesa cuando pasa, asi como el tumor que forma la piel al recojerse los huesos, al contrario de lo que sucede en el vivo.

En la presentacion de cara la blandura de los labios, la de la lengua y su inmovilidad, al contrario del feto vivo en que son firmes estas partes y ejecutan movimientos, deben hacer creer en la muerte de él.

En la de pelvis se nota cuando el feto está muerto que no presenta resistencia el ano cuando se introduce en él un dedo.

De todos los signos el mas seguro es la falta de pulsaciones en el corazon, notada por algun tiempo en varias esploraciones, pues sucede con frecuencia en el feto vivo que no se perciban durante el dolor para escucharse despues.

Se previene este accidente combatiendo las causas que hemos ido señalando en los lugares respectivos. Muerto el feto nada hay que hacer, si no está rota la bolsa, recordando lo que hemos dicho tratando del puerperio; pero si lo está, es conveniente, para salvar á la madre, consultar un médico hábil y prudente.

CAPITULO II.

Despues del parto.

ARTICULO I.

En la madre.

Muchos de los accidentes descritos antes se presentan tambien despues del parto, la inercia del útero, con su hemorragia terrible, el síncope, la eclampsía y otros, son bastante frecuentes, ya hemos anunciado varias inflamaciones y la fiebre de reabsorcion que tambien atacan á las paridas: las enfermedades antiguas se ecsasperan y agravan en estas circuntancias, como la tisis pulmonar, los aneurismas, el cancer del útero &c. Nada tenemos pues que agregar á lo dicho en cada lugar respectivo: por fin, ya hemos tratado del hinchamiento de las mamas. Restanos solamente dar á conocer el reanversamiento del útero los pujos uterinos y algunos otros accidentes que vienen á las mugeres despues del parto.

Reanversamiento del útero.

Este es un accidente que consiste en que el fondo del útero cae en su cavidad misma, quedando en ella ó atravesando el cuello, ó descendiendo á la vagina, ó saliendo fuera de la vulva, de modo de invertirse haciéndose exterior su superficie interna y al contrario.

Es el resultado de tirones en el trabajo por la cortedad del cordon ó su enredamiento en una parte del feto, ó por una mano imprudente durante la descarga, antes del desprendimiento de la placenta; de un parto acelerado, principalmente si ha sido sorprendida por él la muger en situacion parada ó lo que es mas frecuente de que atacado de inercia el útero, pesen sobre su fondo los intestinos.

Se anuncia este accidente por un dolor sobre el púvis, acompañado de necesidades urgentes de mear y evacuar los escrementos, que lo hacen muy intenso y aumentan el reanversamiento, por palides de la cara y síncopes, debilidad y aun insensibilidad del pulso, y si está desprendida la placenta aunque solamente sea

cn parte, por una hemorragia, que existiendo con frecuencia la incrcia del útero, cs por desgracia fulminante. Estos síntomas son tanto mas intensos, cuanto mas complcto cs cl reanversamiento, y hacen llevar el dedo á la vagina para buscar la causa, reconocimiento que hemos recomendado para todos los casos despues de la descarga, y con cl cual si cl fondo no ha atravesado el cuello, se toca á media pulgada á lo mas dentro del cuello una superficie dolorosa: cuando cae en la vagina, se siente un tumor doloroso, globuloso ó alargado, segun el tamaño de la porcion que ha salido por el orificio uterino, rodeado arriba por cl borde del cuello: si aun no se desprende la placenta dcl útero, aunque cs dificil recorrcr todos los puntos del tumor, con paciencia puede ser distinguido, por lo doloroso del tocamiento que no tienc la placenta, y ademas, hay un vacío sobre cl púvis en que se hunde la mano en lugar dcl tumor globuloso, duro &c. dcl útero que ecsiste ordinariamente: si cl útero reanversado llena la vagina, no se alcanza á recorrer la circunfcrencia del cuello: en fin, cuando sale fuera de la vulva cl útero, se trae la vagina, arrugándola ó reanvcrsándola; cl tumor doloroso y colgante entrc los muslos entra mas ó menos en la vagina segun queda en su posicion ó desciende tambien, y lo abrasa el cuello que no reanversándose, bien que algunos cren lo contrario, cfrece á su alderredor el rodete rcferido. Sc concibe que en estos dos últimos casos tampoco ccsiste sobre cl púvis el tumor ordinario del útero.

El reanversamiento del útero se cura por sí solo algunas veccs, cuando los ligamentos anchos y redondos recobran su contractibilidad habitual: otras no lo hace en lo restante dc la vida, por lo pronto se inflama y aun se estrangula por el cuello. En muchos casos debe combatirse la inercia coecsistente, la hemorragia &c.; pero lo urgente es reducir cl útcro á su lugar por una operacion que corresponde practicar al cirujano, con mayor razon si aun no se despega de él la placenta, asi como atacar los accidentes que sobrevienen.

Pujos uterinos ó Entuertos.

Cuando describimos el modo de volver á sus condiciones naturales el útero despues del parto, por contracciones intermitentes, notamos que algunas veces son dolorosas, llamandose entonces *pujos uterinos ó entuertos*: es llegado el momento de estudiarlos.

Cada contraccion se acompaña de un dolor arriba del púvis que se alivia con la presion, de endurecimiento y reduccion del globo uterino y aun calentura, seguidas de la salida de un cuágulo de sangre ó retaso de membranas, ó de un golpe de loquios mas abundante que en los intervalos: sigue luego una calma completa con cesasion de la calentura: despues vuelve otra contraccion y asi succesivamente. Son débiles y retardados al principio y luego siguen vivos y repetidos: muy fuertes cuando son producidos por un gran cuágulo y siguen asi hasta que es espulsado: se despiertan cada vez que toma el recien nacido el peson principalmente si tiene grietas. Atacan con mas frecuencia é intensidad á las que ya han parido otras veces y á las que lo hacen con mucha rapides, que á las que se encuentran en las circunstancias opuestas. Desaparecen con la calentura de leche; pero suelen volver despues de algunos dias: sucede tambien que no cesan con la calentura, sino que duran los siete ú ocho primeros dias que siguen al parto.

Se previene con la compresion que hemos dicho se haga en el vientre: ó con el cuernecillo de centeno. Se quita lo doloroso á estas contracciones tan necesarias para la espulsion de los depósitos que se hacen dentro del útero, tanto mas grandes cuanto mas cansado está este órgano, con aplicaciones al vientre ó á la vulva de cataplasmas calientes, si no ha habido antes hemorragia, de malva ó linaza solas ó con láudano, ó de aceites tibios con láudano, ó con una lavativita de dos cucharadas ó medio posillo de cocimiento de almidon y seis ú ocho gotas de láudano, ó en fin abriendo con dos dedos el cuello del útero, si se siente que está contenido algun cuágulo de sangre, para favorecer su espulsion. Pero antes se debe estar seguro de que se trata de entuertos y no de una de las inflamaciones

de las paridas, que produce calentura y dolor continuos: se ecsaspera con la presion la parte dolorida, y tienen otros síntomas estraños; y tambien de que no ecsiste ó amenaza una hemorragia, para no agravar los males con las medicinas referidas. Si á pesar de esto no se destierran los dolores, ó hay alguna de estas enfermedades, se hará que un médico aplique medicamentos mas enérgicos ó los apropiados á cada afeccion.

Otros accidentes.

1.° Algunas veces se hace despues del parto una pérdida de sangre muy fluida, capaz de penetrar por el tapon mas apretado, aun cuando no haya inercia del útero, y depende las mas veces de la presencia en el interior del útero de una porcion de las membranas ó de cuágulos no espulsados, que ecsitan la afluencia de la sangre como cuerpos estraños y obligan á practicar su estraccion y á combatir la hemorragia.

2.° Varias ocaciones se presentan en que los loquios son fétidos, que cuando no lo son por falta de limpieza, constituyen un signo fatal para la vida de la madre: otras son color de café y olor de cadáver que indican la ecsistencia de alguna gangrena interior; otras son parecidas á las lavaduras de la carne que provienen de un cáncer del útero: otras en fin, ofrecen caracteres estraños, que deben llamar la atencion de la matrona. Cuando se quedan algunas porciones de secundinas ó todas en el útero ó la vagina, tocándolas el aire, se corrompen y convierten en un líquido pulposo, mal ligado, fétido y de color moreno, amarillento y aun verdoso, que en parte sale al exterior con porciones no desechas de secundinas, inflamando cuanto toca, y en parte reabsorvido para mesclarse con la sangre que circula en los vasos y producir inflamaciones gravísimas y lo que es mas temible, una fiebre pútrida de las mas peligrosas que atacan á la especie humana (v. Aborto): cuando no las hiere el aire, no se descomponen ni producen accidente alguno permaneciendo dentro has-

ta su espulsion (*): cuando la placenta queda adherida en parte al útero, sigue desarrollándose para formar una mola ú otro producto extraordinario: en fin, reabsorviéndola la cara interna del útero, desaparece.

Cuando los loquios son de mal aspecto y de mal olor, se harán las lociones de la vulva con mas frecuencia que de costumbre, se geringará repetidas veces la vagina con cocimiento tibio de malvas, romero, manzanilla ú otra yerba aromática, hasta que desaparezca la fetides: se verá si se presenta al cuello del útero algun resto de membranas, se estraerá con dos dedos, ó con unas pinzas guiadas por el dedo, ó se encargará su extraccion á un cirujano. Si no cambia el aspecto de los loquios: si se presenta algun signo de fiebre ó de inflamacion por ligero que sea: ó se trata de los demas casos referidos arriba, se consultará inmediatamente á un médico para que gane tiempo y ataque con ventaja los accidentes.

ARTICULO SEGUNDO.

En el recien-nacido.

Espulsado el feto sufre accidentes de los que es preciso estudiar algunos. El enredamiento del cordon al rededor del cuello, puede ahorcarlo, si no se procura impedirlo, como ya espusimos. No siempre da al nacer el grito fuerte que anuncia el establecimiento de la respiracion, ó lo da muy débil y como ahogado, lo cual depende de que está en uno de dos estados de sufrimiento muy opuestos, pues ó está *apoplético* ó está muy débil. Otros accidentes ocurren que vamos á describir.

Congestion.—Apoplegía.

Cuando el trabajo ha sido prolongado, y penoso, prin-

(*) En principios de 846 estraje unas secundinas, que segun me aseguré eran de un parto verificado tres meses antes, y que; en parte habian permanecido en la vagina y parte en el útero, sin accidente alguno, siendo llamado solamente porque presentándose á la vulva, inquietaba á la enferma una cosa tan estraña para ella; únicamente estaban reblandecidas en la cara que veia para la vulva. ¡La partera aseguró cuando el parto, que habian salido las secundinas!

cipalmente si la presentacion ha sido peligrosa, ó el cordon ha ceñido el cuello, ó el niño está naturalmente pletórico, se llenan mucho de sangre los vasos del cerebro y aun se derrama en este órgano, resulta otro tanto en los pulmones, y el peligro es inminente. Sucede tambien que establecida la respiracion, se renueva el accidente ó se presenta por primera vez.

Es fácil diagnosticar este estado. Todo el cuerpo parece hinchado y está de un azul violado y aun negrusco: esto es mas marcado en la cara, principalmente si el cordon estaba enredado en el cuello; por otro lado, la respiracion y los movimientos son imperceptibles, los latidos del pulso y del cordon, obscuros; pero el calor y la flecsibilidad de los miembros, están en su estado natural.

Es evidente que en estos casos se debe hacer que el cerebro y los pulmones no reciban tanta sangre para que entren en accion. Para conseguirlo, antes de ligar el cordon, se dejará luego que se corte, que escurran una ó dos cucharadas de sangre (*) si por estar muy embargada la circulacion, no sale sangre se introducirá al infante en un baño tibio y se esprimirá dicho cordon repetidas veces, y aun se pondrán en la nuca cuatro ó seis sanguijuelas: entretanto se examinará el interior de la garganta, para ver si contiene mucosidades, y en tal caso, se quitará este obstáculo á la entrada del aire, llevando hasta allá el dedo pequeño de una mano, ó las barbas de una pluma (**), y se estraerán con suavidad. Cuando el accidente ocurre despues de haber respirado, no se puede sacar sangre sino con sanguijuelas. Conseguido el fin de que se restablesca la respiracion, desapareciendo gradualmente los demas síntomas, lo cual se consigue las mas veces, se procede á la ligadura del

(*) Ya se entiende que ante todo se debe cumplir con los deberes de cristiano, en este y en cualquier otro peligro del feto.

(**) La operacion bárbara llamada *paladeó*, que en nada se parece á esta y que solo en estos casos se emplea, ya no la consienten por fortuna las madres amorosas: las bocanadas de humo, que se arrojan á la cara de los recien-nacidos, cuando mas que nunca debieran estar rodeados del aire mas puro, matan aun á los que están en perfecta salud: por último, la levantada de la mollera, el redondeamento de la cabeza, el estiramiento de las narices, el enderezamiento de las piernas &c., solo sirven ya para los que buscan males al genero humano que vive en sociedad.

cordon, á su curacion y todo lo demas que ya hemos prescrito, y se acostará al recien-nacido con la cabeza alta. Si el caso es muy grave, se consultará, sin dejar de emplear los medios prescritos para el establecimiento de la respiracion.

Debilidad.

Por el contrario, otros niños vienen al mundo sin la cantidad suficiente de sangre para vivir: la piel está pálida, descolorida y fria, las carnes están flojas y colgantes, no hay movimientos ni respiracion, y el corazon aunque late, lo hace débilmente.

Este estado resulta de un parto laborioso y prolongado, ó terminado con rapides, v. g. por la version, que haya sido necesaria por el accidente ejecutivo de una hemorragia, y mas que otra la que ocasiona la insercion de la placenta sobre el cuello, ó por la rotura de alguno de los vasos del cordon: de que la madre sufre una antigua enfermedad de las que consumen: en fin, los nacidos prematuramente vienen por lo comun exangües.

Las indicaciones que tienen que llenarse en estos casos son opuestas á los anteriores, pues ahora se trata de aumentar la poca cantidad de sangre que circula en los vasos del recien-nacido y de darle la vida que le falta. No siendo fácil llenar la primera, á lo menos debe hacerse lo posible para que no se pierda la poca que hay, absteniéndose de cortar el cordon mientras haya latidos en sus vasos, y para que se establesca la respiracion que vivifica la que circula. Se mantendrá, pues, el calor del cuerpecito, envolviéndolo en lienzos bien calientes, dejando descubierta la cara por supuesto; teniéndolo en frente de un fuego que no dé humo, ó mejor sumergiéndolo en un baño caliente de agua con vino ó aguardiente, y estimulando la piel con fricciones hechas con la mano, una lanilla ó un cepillo secos, ó humedecidos con vinagre, aguardiente ú otro licor ecsitante: se provocarán los movimientos de la respiracion, dando al infante golpes ligeros en las espaldas y en las nalgas; rociando con fuerza el pecho con aguardiente, v. g. tomando un buche de este líquido y soplando fuertemente; acercándole á la boca aguar-

diente ó vinagre; introduciendo á la garganta las barbas de una pluma mojadas en vinagre, cuya operacion sirve ademas de estraer las flegmas que estorban la entrada del aire á los pulmones; empujando por el ano con una geringa, humo de papel; y sobre todo insuflando aire á los pulmones, lo cual se hace mas espeditivamente, aplicando la boca en la del infante inmediatamente ó por el intermedio de un tubo introducido hasta la gargantita, para soplar un momento con una fuerza mediana, dejando de soplar luego, mientras un ayudante comprime el pecho y el vientre otro momento, cesando de comprimir entretanto se vuelve á soplar, dejando de soplar para comprimir y así alternativamente, fingiendo la respiracion natural. Se insistirá en estas maniobras con perseverancia hasta que se establesca la respiracion, aun cuando pase mucho tiempo: despues de tres ó cuatro horas de estar empleando los medios referidos sin interrupcion, se ha conseguido el objeto en infantes de cuya vida ya no se tenian esperanzas: el calor continuado sobre todo ha podido revivir á algunos. Tan luego como se consigue el establecimiento de la respiracion, se comienza por ligar el cordon, y luego se corta, se cura el ombligo &c., y se acerca á la madre para que le comunique su calor. Pronto diremos las dificultades que hay para que mame.

Otros accidentes.

1.º Algunas veces no se cicatriza el ombligo pronto, y la supuracion se prolonga por mucho tiempo: esto depende de una de dos causas muy opuestas. Unas veces por el roce del vestido, no pocas por aplicaciones irritantes en esa parte y otras por ecseso de vida del infante, se pone caliente y doloroso el ombligo, se forma á su alrededor un círculo rojo é hinchado, en una palabra hay ahí una inflamacion supuratoria manifiesta. Al contrario, se prolonga la supuracion en algunos niños por debilidad, así es que el ombligo está descolorido, delgado, frio, y produciendo una supuracion muy aguada. Cuando se prolonga la supuracion, por inflamacion del ombligo, se deberán aplicar sobre él defensivos de malvas, adormideras, yervamora ó lechuga, con vegeto, vinagre ó aguardiente alcanforado, sobre la simple cura-

cion con cerato ó manteca; y cuando es por debilidad se aplicarán polvos de licopodio, ó de rosa en la ulcerita y encima la compresa ordinaria. En ningun caso conviene irritar esa parte con aceite de palo ú otros remedios de esta clase que aun se acostumbran.

2 ° Algunas veces los recien-nacidos parece que maman, pues se les ve ejercer ciertos movimientos en los carrillos, y sin embargo no se sienten en la parte anterior de su cuello los movimientos que indican el paso de la leche al estómago: unas veces depende de que el frenillo de la lengua es muy largo, lo cual se conoce en que introduciendo un dedo entre el paladar y la lengua del niño, no es comprimido por esta contra aquel, otras, de que el paladar está dividido, comunica con la nariz y cuando el niño mama sale la leche por este conducto, en lugar de pasar al estómago. Se concibe en estos casos el peligro que corre la vida del niño, si no se hace pronto una operacion quirúrgica, que le permita alimertarse.

Suele tambien suceder que el recien-nacido no se tome el trabajo de mamar, por debilidad ó por pereza, y algunos no hacen mas que dormir continuamente, quedando en tal seguridad la madre, que teme turbarle un sueño de que puede pasar á la muerte; si despiertan no tienen la fuerza necesaria para mamar ni aun para llorar. Con los primeros es preciso, despues de introducirles bastante adentro de la boca el pezon, comprimir un poco el estremo del seno para hacer saltar la leche: si no se puede conseguir, como sucede con las primerizas, es necesario esprimir un lienzo empapado de agua azucarada, sobre la aureola para que corra por el pezon á la boca del niño; respecto de los que duermen continuamente es necesario, pasadas tres horas de sueño, despertarlos á todo trance, desvestirlos, ponerlos enfrente de un fuego vivo, friccionarlos con lanillas secas ó empapadas de aguardiente y obligarlos á que tomen el pezon de la madre ó lo que es mejor de una nodriza cuyas mamas dan leche con facilidad, ó por fin, que tome cucharadas de esta leche.

3 ° Por fin, la obstruccion del ano ó de la uretra, asi como las enfermedades de los recien-nacidos, son accidentes que no podemos aquí tratar.

TÍTULO SEGUNDO.

De los obstáculos para el parto.

Para que el parto se verifique felizmente con los solos esfuerzos de la naturaleza es necesario que el feto pueda pasar por el canal de la pelvis sin encontrar mas resistencias que las ordinarias que hemos visto hasta aquí: hay mas, estas resistencias, como tambien sabemos, son necesarias para que la retraccion del útero sea gradual y no resulten los accidentes que vienen en caso contrario; pero tambien no pueden pasar de ese grado sin resultar inconvenientes mas ó menos peligrosos. Ahora bien, estas resistencias, estos obstáculos para la terminacion del parto, se presentan por desgracia en la práctica; de no atender á ellos resultan para la madre y el feto los accidentes respectivos, como hemos visto en la inercia, la rotura, la hemorragia uterinas y otros, y no podrian haber sido indicados, sin ser conocidos, por lo que nos creemos autorizados á pasar la vista por ellos. Son debidos al producto de la concepcion ó á la madre.

ARTICULO PRIMERO

Debidos al producto de la concepcion.

Irregularidad de la presentacion.

Ya hemos dicho en otra parte que presentacion irregular es aquella en que el centro de la parte que la constituye está desviado para un lado del centro del estrecho superior, y que muchas veces en el mecanismo del parto se regularisa por un movimiento mas de enderezamiento; sin embargo, algunas veces, que no se verifica este movimiento, se detiene la parte porque no quedan sus diámetros menores en relacion con los de la pelvis, y resulta un obstáculo para el parto que solo el arte puede vencer. Son raras las presentaciones irregulares y dependen las mas veces, de una inclinacion del útero.

En las de vértice se ofrece en el centro del estrecho una de las eminencias de los lados de la coronilla, una

cion, una oreja ó el occipucio; se concibe que el feto tiene en estos casos doblada la cabeza para un hombro en las irregularidades laterales ó muy oprimida la barba contra el pecho en la de occipucio. Estas partes se reconocen, estrañando la posicion ordinaria de las suturas y fontanelas, y buscando en las inmediaciones un ojo, una oreja ó la punta de la barba, que siempre se alcanzan en las irregularidades laterales ó reconociendo el occipucio en el centro del estrecho, por la figura triangular de la fontanela posterior y las suturas respectivas, para la posterior y haciendo por fin, las referencias necesarias, con las otras partes de la cabeza del feto y la pelvis de la muger. Como ya sabemos suele no hacerse la rotacion interior en las variedades trasversales, que trae el occipucio para el puvis y verificarse así el parto; pero algunas veces no sucede y tiene que intervenir el arte: esta causa de retardo en el segundo tiempo del trabajo, no es fácil conocerla, sino porque á pesar de fuertes dolores, de estar llena la escavacion, y de encontrarse la cabeza movible se hace mucho aguardar su salida y está trasversal. La conducta que debe observarse en estas irregularidades, es enderezar ante todo el útero si está inclinado: aguardar siete ú ocho horas desde que se rota la bolsa á que la naturaleza regularice la presentacion y si no lo hace informar á un cirujano para que lo haga con la mano, la palanca ó el Fórceps, ó en fin, para que practique la craniotomía, si se ve obligado á ello.

En la presentacion irregular de cara, se coloca la frente, que es lo mas frecuente, una mejilla, la punta de la barba &c. en el centro del estrecho; en la 1.ª no avanza la barba lo bastante, en la de barba lo hace con ecseso, doblándose la cabeza para atras, y en las de una mejilla está la cabeza inclinada para un hombro. Se reconocen haciendo las referencias respectivas de las partes que se tocan. Sabemos que solamente en las variedades anteriores se termina espontáneamente el parto: de modo que las otras aun cuando sean regulares, ecsijen los cuidados de las que aquí tratamos. Se sigue aquí la misma conducta que en las anteriores y el cirujano necesita la mas esquisita habilidad para conver-

tir estas en presentacion de vértice, ó para traer la barba al puvis ó tomar otro partido que le indique el caso.

Hidrocéfalo ó Hidropesía de cerebro.

Así se llama una acumulacion de serocidad que se hace en el interior de la cabeza. Es enfermedad muy rara; la Sra. la Chapelle calcula un caso por cada 2904 partos; y la cantidad de agua que se reune, muy variable. Sin embargo, siendo la cabeza del feto, flecsible muy blanda, y conteniendo poco líquido, se alarga y acomoda sin inconveniente á las dimensiones de la pélvis al ser empujada por las contracciones, se conciben en los demas casos la imposibilidad y los peligros en que está la madre para espulsar por sí sola una cabeza enorme: por lo que hace al feto, el hidrocéfalo es siempre mortal antes ó despues de su salida; y lo peor es que no pudiéndose engastar la cabeza en el estrecho, viene otra parte á hacerlo desviándola para un lado, y si es la pélvis avanza hasta contenerse la cabeza sobre el estrecho superior; llena la escavacion, no puede obrar el cirujano con libertad sobre la causa de la detencion del trabajo tan alta y guarecida en estas circunstancias.

Este obstáculo se conoce porque se toca una superficie muy ancha y plana, cubriendo todo el estrecho superior sin acomodarse en él y ofreciendo los huesos de la cabeza separados por fontanelas y suturas muy anchas, que se notan mejor en los intervalos de los dolores en que se ablanda el tumor, que durante los dolores, en que se pone duro y resistente. Cuando se presenta otra parte al estrecho hay mas dificultades para reconocer el hidrocéfalo; pero al fin se consigue por este carácter.

Se puede aguardar á que avance alargándose la cabeza un tiempo prudente, pasado el cual es preciso por el interes del feto el Fórceps bien aplicado, ó lo que es mejor la evacuacion del líquido.

Otras hidropesías.—Tumores.

Las cavidades del pecho y del vientre suelen tambien ser el asiento de una acumulacion de serocidad mas ó

menos grande, que se opone á la terminacion del parto.

La hidropesía de pecho (hidro-torax), nunca es tan considerable que oponga un obstáculo á la accion del útero en el parto. Se la reconoce por el aumento de volúmen de la cavidad del pecho y por el grande espacio que hay entre unas costillas y otras, en los cuales se nota fluctuacion.

La hidropesía de vientre (ascitis) aun cuando esté muy aumentado el volúmen de la cavidad, no presenta un obstáculo invencible, pues cuando ya ha pasado parte del vientre, pasa á esta la agua de la otra; sin embargo, no siempre es así, y es necesaria la evacuacion del líquido para que se facilite la espulsion del feto. Se reconoce que el obstáculo depende de esta hidropesía, por el volúmen ecsesivo del vientre, su resistencia, y la fluctuacion que ofrece.

Suelen formarse en cualquier parte del feto, tumores, que si son muy voluminosos ó están en una parte que no les permitan acomodarse á la forma de la pélvis, constituyen, como se echa de ver, un obstáculo para el parto, y que solamente se reconocen cuando ya está muy avanzado el trabajo. El que se forma en el vértice de la cabeza en el segundo tiempo, es tan voluminoso algunas veces, que dificulta mucho la rotacion interior de esta parte, por acomodarse de modo que lo abraza fuertemente el arco puviano: esta causa de prolongacion del trabajo es fácil reconocerla al tacto.

Estos obstáculos necesitan maniobras hábiles para vencerlos y aun el Fórceps.

Salida de los miembros superiores.

La salida de uno ó de los dos brazos antes de la cabeza ó de la pelvis en estas presentaciones, son un obstáculo, principalmente en la de cabeza, tan invencible que por poco estrecha que esté la pélvis de la madre, ecsigen una operacion de cirugía mas ó menos grave. Nos son ya conocidos los carácteres de la mano y del codo para que tengamos que repetirlos.

Gemelos adherentes.

En otra parte hemos bosquejado, la monstruosidad

de que se dan casos, de dos fetos adheridos por sus vientres, con el objeto de considerarla bajo el aspecto de ofrecer un obstáculo para el parto, no obstante que algunas veces se ha terminado felizmente, por un mecanismo facil de comprender. Despues de aguardar en vano el avanzamiento del feto ó que se presente, si los fetos se incomodan para acomodarse alguna de sus partes en el estrecho superior, se consultará un cirujano, que solo puede reconocer la causa del retardo, introduciendo la mano en el vientre, y en tal caso no sabe lo que ha de hacer, pues no está decidido todavía este punto de una manera definitiva.

Cortedad del cordon.

Algunas veces es el cordon muy corto, y tanto que se ha visto adherido el feto por el ombligo á la placenta: pero lo mas frecuente es que se enrede, y precisamente cuando es mas largo, al rededor del cuello del feto, ó del tronco ó de cualquiera otra parte, y que resulte su acortamiento. Como quiera que sea, esta circunstancia constituye un obstáculo para el parto bastante fuerte, pues tirando el cordon de la parte que se presenta, no la deja avanzar y la contiene en el estrecho superior si es estremadamente corto, ó mas adelante si lo es menos, sucediendo aun que se desprenda la cabeza de la vulva y las espaldas se contengan. Tambien es causa de hemorragia uterina, de estrangulamiento del feto y de reanversamiento del útero como ya lo hemos esplicado.

La cortedad ó acortamiento escesivo del cordon, cuyas causas son poco conocidas, se reconoce cuando la placenta está en el fondo del útero, por la lentitud con que avanza desde el principio del trabajo la parte que se presenta: el acercamiento del fondo del útero al cuello durante cada dolor, notándose algunas veces el vacío que queda en el estómago; el dolor, tiron y aun rasgadura que siente la enferma á cada dolor en el lugar de insercion de la placenta y el retrocedimiento luego que pasa el dolor, de la parte que avanza mientras dura, dependiendo de que vuelve el fondo á su primitiva al-

tura, llevándose la placenta, el cordon y dicha parte: cuando no es tan corto el cordon y ha podido entrar en la escavacion, son mas marcados estos signos: espulsada la cabeza, no avanzan las espaldas y aun se las vé retroceder despues de los dolores en los cuales avanzan y se notan con el dedo las vueltas del cordon en el feto, si está acortado por este motivo; por fin, si la placenta está en un lado del útero, son muy poco marcados los signos que dan á conocer la cortedad del cordon.

Puede confundirse este obstáculo, cuando aun no se rota la bolsa, con la formacion de esta, en que parece que hay avanzamiento y remontamiento alternativos de la parte que se presenta: pero efectivamente no es mas que ilusion que causa la interposicion de mas agua en el dolor que aleja la parte y luego vaciándose, la acerca, y ademas, parece retroceder en el dolor, y avanzar en el descanso del útero, al contrario de cuando hay cortedad del cordon: igualmente puede hacer vacilar el avance y retrocedimiento de la parte al estar venciendo la resistencia del perinéo; pero no se observan antes que la parte llegue al estrecho inferior en los casos naturales, y son menos notables á proporcion que son mas enérgicas y repetidas las contracciones, mientras en la cortedad del cordon sucede lo contrario con estos movimientos de la parte del feto.

Este obstáculo, que tambien es causa de accidentes graves, ecsige pronto por parte del cirujano, la rotura de la bolsa, la aplicacion del Fórceps, ú otra medida violenta, á no ser que saliendo envuelto el cordon en una parte del feto, se pueda desenredar.

Rigides de la bolsa.

Algunas veces el grueso de las membranas ó la firmeza de su tejido se oponen á la rotura de la bolsa de las aguas á su debido tiempo, ó tambien la debilidad de las contracciones para vencer su resistencia. Se observa que estando bien dilatado el cuello, y poniéndose muy tensa la bolsa á cada contraccion uterina, tarda en rotarse, sin encontrarse por otra parte mas razon que el obstáculo de que tratamos; y no obstante que nunca

es insuperable á los esfuerzos del útero, resultan si se espera mucho tiempo, los accidentes consecutivos á los obstáculos del parto.

Se obvian estos inconvenientes por una pequeña operacion, que tambien hemos aconsejado para la debilidad de las contracciones en último recurso, y que consiste en romper la bolsa, empujando rápidamente en la mayor fuerza de un dolor la punta del dedo indicador contra el centro de ella; ó si no es bastante esto, tomando con el pulgar y el indicador las membranas para restregarlas con la uña de uno contra la yema del otro; ó si ni con esto llega á conseguirse, procurando que un cirujano haga uso de un instrumento y que evite herir la parte del feto inmediata. Pero para decidirse á practicar esta operacion, es de necesidad que la presentacion sea de las favorables, pues mientras el feto nada en las aguas, una mala posicion puede convertirse en buena ó es mas fácil al cirujano practicar sus operaciones, en estas circunstancias menos dolorosas para la madre, que cuando hace tiempo se ha roto la bolsa y la parte del feto llena la escavacion: tambien es preciso que no concurra con el presente otro obstáculo para el parto, por estas mismas razones; y por último, que ya esté bien dilatado el cuello del útero, pues mientras el feto nada en las aguas, no sufre compresion, ni accidente alguno con las contracciones y la forma de la bolsa es la mas á próposito para la dilatacion gradual y cómoda del cuello. Esta condicion no debe atenderse, en la debilidad de las contracciones uterinas, cuando depende de replecion del útero.

Placenta voluminosa, adherencias.

Espulsado el feto, suele contenerse la salida de las secundinas mas del tiempo ordinario, como ya lo hemos anunciado: esto se verifica cuando hay inercia ó por el contrario, convulsiones del útero, cuando no se rompen absoluta ó parcialmente sus adherencias con la placenta, lo cual proviene ó de falta de contracciones uterinas ó de la resistencia que suelen presentar los tegidos de union, y cuando las secundinas son escesiva-

mente voluminosas por sí ó por gruesos cuágulos de sangre envueltos entre sus pliegues.

Ademas de los inconvenientes que provienen del retardo de la descarga, la hemorragia, el reanversamiento uterinos ú otro accidente vienen á complicar el estado de la enferma.

El ecsesivo tamaño solamente se deja traslucir antes de ser espulsada la placenta, por un volúmen mas considerable del globo uterino que en los casos comunes: las adherencias son muy probables cuando al hacer del cordon las tracciones que hemos aconsejado practicar á cada torsoncillo cuando no salen por sí, se ve que al cesar cada tiron, vuelven á entrarse las secundinas, y cuando no se alcanza nada por el cuello uterino: solamente la introduccion de la mano en el útero, que hace el cirujano, da con certeza á conocer la causa del retardo de la descarga: y la inercia y las convulsiones del útero se han dado á conocer en otra parte.

Cuando han pasado infructuosamente las dos horas que hemos designado se emplen en tentativas para la espulsion espontánea de las secundinas, se presenta algun accidente que comprometa la vida de la madre, ó se reconoce la causa del retardo, se hace preciso que un cirujano venga ó á atacar las convulsiones ó la inercia del útero, ó á estraer las secundinas, que en caso de ecseso de volúmen, puede verse obligado á dividirlas en trozos pequeños, y en caso de adherencias, bien apurado en verdad, conducirse segun las circunstancias, teniendo presente, cuando no pueda destruir las adherencias dichas, que suelen ser absorvidas las secundinas por el útero.

CAPITULO SEGUNDO.

Existiendo en la muger.

Los obstáculos que acabamos de estudiar y algunos de los que nos restan; no se pueden conocer antes del trabajo ó á lo menos no llaman la atencion; hasta la época del parto; pero los demas se echan de ver aun antes del matrimonio: de modo que los irremediables son,

un motivo para impedirlo; y si no se evita, resultando el embarazo, obligan al cirujano á provocar artificialmente el parto prematuro, principalmente en los paises católicos en que debe verse mas por el interes del feto, para no ver morir á los dos ó sufrir operaciones mas ó menos peligrosas. Es pues, de todo punto indispensable, tener mucho cuidado en buscarlos durante el embarazo, ó á lo menos desde el principio del trabajo, para que en ventaja de la madre y de su hijo, se practiquen cuanto antes las operaciones de que nadie puede ecsimirse sin grave peligro.

Los obstáculos ecsistentes en la madre, se encuentran en el cuello del útero, la vagina, la pélvis, ó la vulva.

ARTICULO PRIMERO.

En el cuello.

Rigides del cuello.

Este es uno de los mas frecuentes obstáculos para el parto que se presentan en la práctica, y el que pone mas á prueba la paciencia de la comadrona.

Unas veces está el cuello resistente como una cuerda tirante, adelgasado, caliente y doloroso á la mas ligera presion del dedo, y ecsisten ordinariamente aquellos dolores de riñones de que ya hemos hablado otras veces, que atormentan cruelmente y sin fruto á la paciente: esta especie de rigides depende casi siempre de un estado pletórico. Otras está endurecido desigual é inestensible, resultando de una gruesa cicatriz ó de un cáncer que si abrasa toda la circunferencia del cuello, no cede sino rasgándose estensamente para poder dar paso al feto, lo cual trae accidentes terribles; asi por ejemplo, una hemorragia fulminante ha sido el resultado inevitable en un caso de un cáncer muy avanzado, que presencié hace ya algunos años. Otras en fin, camina perfectamente la dilatacion; pero se cierra por intervalos mas ó menos largos: si cuando ya lo ha franqueado la cabeza, se renueva la constriccion, estrangula al feto por el cuello, ó comprime fuertemente el

cordon y resultan los accidentes respectivos: esta especie no es mas que una convulsion del cuello, de la misma naturaleza que la que ya hemos estudiado.

La rigides del cuello, se destruye con un baño tibio largo, con un vapor de agua ó de cocimiento de malvas en la vulva, con geringatorios en la vagina de cocimiento de linaza ó de malvas, con una grasa ó pomada de belladona en el cuello, llevándola con el dedo, ó mejor una bolita del estracto de belladona: por otro lado se aplicarán por el ano grandes lavativas de los cocimientos referidos ó una muy pequeña de almidon con unas seis ú ocho gotas de láudano: se friccionará el vientre con la mano ó con un lienzo de lana caliente; pero si no cede haciéndose alarmante el obstáculo, si desde luego se notan los bordes y desigualdades del cáncer ó la plétora ó se presenta alguno de los accidentes de la prolongacion del trabajo, ó la estrangulacion del feto; se consultará para combatir la causa de la estreches, ó hacer una dilatacion con incisioncitas en el cuello.

Obliteracion del orificio.

Es muy raro que despues de la concepcion, se lleguen á soldar los labios del cuello uterino; no obstante se han dado ejemplares, de que se ha buscado la esplicacion, y no debemos pasarlo por alto.

Cuando ocurre un caso de estos, no se encuentra por donde penetrar al interior del útero, aun cuando muy avanzado el trabajo llegue á la vulva el cuello. En el crusamiento uno sobre otro de los labios del hocico, consiguese al fin pasar el dedo, y esto no es duradero, para que pudiera confundirse con su adherencia.

Reconociendo el obstáculo y no cediendo en un tiempo prudente á las contracciones del útero, se hace urgente una operacion quirúrgica.

Oblicuidades del cuello.

En el apéndice á la primera parte de este tratado están descritas las inclinaciones del útero y aconsejados los medios de remediarlas durante la gestacion: en otras.

partes está vista la influencia que tienen en convertir una buena presentacion en irregular, ó de cara ó lado del tronco; ahora nos toca considerarlas como obstáculo para la espulsion del feto.

No estando el orificio uterino en el eje de la pélvis, la fuerza de los dolores empuja al feto contra la parte del útero que cubre el estrecho, y que es la anterior en la anteversion, la posterior en la retroversion, ó la del lado en que ecsiste una latero-version. De esto resulta que se prolonga el trabajo y aun se gangrena y rompe esa parte del útero, comprimida fuertemente entre la parte del feto y el borde del estrecho superior principalmente si no tiene la amplitud conveniente, porque desviado el cuello del otro lado de la inclinacion y muy alto, no se endereza, ni se dilata una cantidad apreciable.

Las desviaciones del cuello uterino, aunque no constituyen un obstáculo invencible por las contracciones, para evitar los inconvenientes de la prolongacion del trabajo, ó la gangrena y rotura consiguiente de la parte del útero comprendida en la circunferencia del estrecho, lo mismo que para prevenir la formacion de una presentacion peligrosa, se deberá corregir cuanto antes, y mantener en buena posicion el útero, mientras el feto pasa á la escavacion: para esto una vez reconocida la afeccion por la forma del vientre, situacion del cuello &c. (vease apéndice á la primera parte): se mantendrá á la enferma, en la anteversion, acostada boca arriba, en las lateroversiones, del lado opuesto al de la inclinacion del fondo del útero, y en la retroversion boca abajo, sobre los codos y las rodillas: se comprimirá el vientre con las dos manos ó con una venda ancha para el lado contrario al de la desviacion: á lo cual se agregará, si no basta esto, la traccion del cuello con dos dedos enganchados en el, hecha para el centro de la escavacion y en el intervalo de las contracciones: y si no se obtiene al fin de estas maniobras repetidas, sino por el contrario, se nota que los dolores comienzan á debilitarse ó se teme la gangrena de la parte correspondiente del útero, por el tiempo que ha pasado, se ecsijirá de un cirujano un operacion cruenta inevitable.

Tumores.

Hay casos en que engastada la cabeza en la escavacion, se queda el labio anterior del cuello entre estados partes, sufriendo una fuerte compresion; lo cual causa por lo pronto un intenso dolor que suspende el tras bajo. Si se prolonga la compresion, se hincha la parte del labio que queda debajo y aun se produce en ella una infiltracion sanguinea. capaz de poner obstáculo á la terminacion del parto, y aun de ocasionar la muerte por la abundancia del derrame que puede resultar.

Tumores fibroros, enquistados ó fungosos mas ó menos grandes suelen ser un obstáculo para el parto, asi como los pólipos que tienen su raiz en el cuello ó en el cuerpo del útero.

Palpando estas partes con grande atencion, se llega á diagnosticarlos.

Necesitan la intervencion del cirujano, las mas veces.

ARTICULO SEGUNDO.

En la vagina.

Invercion.

Suele sobrevenir este obstáculo durante el trabajo. Consiste en que la cubierta interior de la vagina, cuando está muy lacsa, es llevada por la cabeza de un feto muy voluminosa, ó siendo laborioso el trabajo, formando un rodete, mas ó menos grueso, moreno y blando al rededor de esta parte del feto, que algunas veces sobresale fuera de la vulva. Se calcula lo que esto puede estorbar para el avanzamiento del feto: ademas, puede gangrenarse el rodete vaginal, si se prolonga la compresion que sufre.

Estrecheses.

No se trata aquí de la falta absoluta de vagina que se presenta con mucha rareza, porque no es posible el embarazo; sino de otra rareza en que falta desde la vulva, que está soldada, hasta cierta altura donde co·

munica con el recto y puede verificarse la concepcion: en este caso, muy difícil aun para advertirlo sin alguna noticia que indique hacer un minucioso reconocimiento, corresponde intervenir á un cirujano.

Tambien es cuestion aquí de la diminucion de capacidad de la vagina, menos rara que la falta de este conducto, ocasionada por una cicatriz formada con motivo de alguna rotura ó ulceracion de esta parte, ó por un vicio de organizacion de que resultan uno ó mas tabiques trasversales ó longitudinales, mas ó menos estensos y resistentes. Estas especies de obstáculo, reconocibles fácilmente por el tacto, ceden por sí solas á proporcion que avanza la cabeza; pero si se resisten por mucho tiempo, es preciso que intervenga la cirugía.

ARTICULO TERCERO.

En la pélvis.

Tumores.

Reunimos aquí todos los tumores que suelen presentarse en el canal que tiene que recorrer el feto durante el trabajo, porque las consideraciones á que dan lugar, con relacion á la Obstetrícia, son comunes á todos.

Es muy variada su naturaleza: suelen crecer pólipos en la vagina mas ó menos voluminosos y resistentes: caerse la vegiga de la orina para la vulva, ó algun intestino: una gran cantidad de escrementos puede acumularse en el intestino recto: no son raros los casos de piedra en la vegiga capaces de oponerse á la salida del feto, ó de un cáncer en el intestino recto: hay producciones de diversas naturalezas que se forman en el tabique vexico-vaginal ó rectov-aginal, ó entre el sacro y el recto, como yo he observado un fibroso enorme que exigió la operacion cesarea, ó en las inmediaciones de estas partes: de las paredes de la escavacion suelen elevarse escrecencias huesosas, fibrosas, cancerosas ó de otra naturaleza; quistes ú otros tumores del ovario, de las trompas, ó de las partes vecinas, que empujadas á la escavacion por el útero lleno, pueden venir á estrechar el canal: en fin, otras producciones menos importantes encuentra el feto á su paso por la

pélvis. Todas son muy variadas en su tamaño, su forma, su consistencia, su fijeza al punto en que estan adheridas, &c.

Para reconocer cualquiera de estos obstáculos, que presentan las mayores dificultades, se necesita un tacto muy ejercitado practicado por la vagina, el recto ó ambos simultaneamente.

Cuando no ceden á la energía de las contracciones, no se consigue vaciar el intestino récto ó llevar á su lugar la vegiga ú otro tumor que haya descendido del estrecho superior, debe dejarse á la deliberacion de un profesor lo que mejor convenga en cada caso.

Vicios de conformacion.

1.° El mucho enderezamiento de la pélvis ó su ecsesiva inclinacion, deben ser un obstáculo para el parto: sin embargo, los casos que se han presentado con dificultades, estando complicados de deformidad de los huesos, no pueden servir de esperiencia para decidir la cuestion de esta manera positiva. La mucha amplitud de la pélvis causa el desenso del útero, y su retroversion, el aborto, el parto prematuro y el acelerado, como hemos tenido ocasiones de ver. El mucho enderezamiento de las crestas iliacas trae mucha incomodidad en los últimos meses del embarazo, y ya hemos visto qué especie de estrecheses causan el aborto

2.° La falta de amplitud de cualquiera de los diámetros de la pélvis como obstáculo para la salida del feto en el parto, y por consiguiente como motivo de los accidentes que ya hemos estudiado, es uno de los puntos mas difíciles del arte que debemos tratar con mas detencion.

Division.—Para comprender las estrecheses de la pélvis que se presentan en la práctica, se dividen en cinco clases, que son: 1.ª su aplastamiento de delante para atras 2.ª el de un lado para el otro. 3.ª el oblicuo. 4.ª de delante y de los lados y 5.ª la diminucion general de todos sus diámetros.

Las estrecheses de la 1.ª clase dependen ó de que está dislocado para adelante el ángulo sacro-vertebral, haciéndose para atras el cóccis, y entónces solamente el diá-

metro ántero-posterior del estrecho superior es el acortado, mientras los de la escavacion y del estrecho inferior son mas largos que de ordinario principalmente los mas bajos: ó de que está dislocado todo el sacro para adelante, enderesado y aun convertida su concavidad en convecsidad, y con tal circunstancia estan acortados todos los diámetros ántero-posteriores de la pélvis: ó de que está muy encorbado el sacro, y avanzados para adelante el promontorio arriba y el cóccis abajo, en este caso los diámetros ántero-posteriores de los estrechos son cortos, mientras los de la escavacion no varian ó están alargados: ó por fin, de que está soldado el cóccis en direccion horizontal, segun se ha asegurado que sucede, y de esto resulta acortado el diámetro cocci-puviano. Estos son los motivos de estrecheses ántero-posteriores; pues raras veces se aplana la sínfisis puviana ó se hunde en términos de tomar el estrecho superior la forma de un 8: suele estar extraordinariamente alta la sínfisis puviana y estar muy horizontal, entonces hay acortamiento del diámetro cocci-puviano.

Las de la 2.ª clase, que son raras en el estrecho superior, provienen ó de que por una dislocacion congénita de los huesos de los muslos, están acercados los lados del estrecho superior, abriéndose para afuera las tuberosidades sciáticas, y resulta acortado el diámetro trasverso del estrecho superior, y los de la escavacion y estrecho inferior alargados: ó de que lo están las tuberosidades sciáticas ó solamente las espinas sciáticas, y se encuentran disminuidos los trasversos del estrecho inferior y de la parte prócsima de la escavacion, al paso que están alargados los ántero-posteriores correspondientes; ó en fin, de que una de las mitades de la pélvis no haya crecido con la edad, quedándose desencorvada, y entónces todos los diámetros trasversos se hallan acortados, y el ángulo sacro-vertebral con la cresta del espinaso, no corresponde al medio de la pélvis, sino que está mas cerca de una cadera que de la otra.

Las de la 3.ª clase se producen aprocsimándose el promontorio para una de las eminencias ilio-pectineas, ya por que están soldados los huesos en una sínfisis sacro-iliaca, como cree el Sr. Nægele, ó ya por que

una violencia esterior haya empujado el promontorio, no directamente para adelante como en las estrecheses de la 1.ª clase, sino para adelante y un lado. Esta clase puede ser considerada como reunion de las dos primeras.

En la produccion de las estrecheses de la 4.ª clase, que son menos frecuentes que las de la 1.ª y mas que las de la 2.ª, influye el hundimiento de las porciones de los huesos iliacos en que están las cavidades para los huesos de los muslos, que enderezando la curba que describen por dentro y aun convirtiéndola en convecsidad, se acortan los diámetros oblicuos de la escavacion y estrecho inferior, y aunque realmente se alargan los ántero-posteriores; pero el acercamiento de los púvis, que puede ir hasta formar una hendidura estrecha, hace que pierdan toda esta parte de su longitud.

De la pélvis reducida generalmente á pequeñas dimensiones apenas hablan los autores, y raras veces se presentan ejemplares en la práctica. Sus causas y modo de de formacion, han sido poco estudiadas; pero no puede negarse ya el hecho.

Por último, las clases de estrecheses descritas se combinan de mil maneras, produciendo variadas deformidades en la pélvis, que han complicado por mucho tiempo su estúdio. Llevan el nombre, de la figura que toma el estrecho superior.

Diagnóstico.—Hemos encargado entre los servicios que se prestan á las parturientas, el de que se vea si tiene algun obstáculo para el parto, aquí se trata del modo de averiguar los que dependen de un estrechamiento en los diámetros de la pélvis.

Con el mas ligero indicio que se note de una estreches, aun cuando no sea llegado el trabajo, se interrogará en las primerizas, sobre las enfermedades que se hayan padecido en la infancia; sobre si el andar ha sido tardo, ó si despues de haberse conseguido se han debilitado las piernas y ya no se ha podido hacerlo: sobre si hay alguna *joroba* en la columna espinal y algun encorbamiento de los miembros, y si este ha acontecido antes que la otra: sobre si hay claudicacion (cojera), desde cuándo, y si es porque el lado correspon-

diente de la pélvis está aplastado, ó dislocado el muslo, ó mas encorbada ó delgada la pierna que la otra; sobre si ecsiste alguna fístula: despues se ecsaminará el estado presente con la vista y el tacto. En las que ya han parido no es necesario obtener el informe de la infancia; se indagará solamente el resultado de los partos anteriores, si se han padecido llagas, dolores de huesos, tumores duros en los huesos visibles y si hay alguna de las deformidades referidas arriba. Las respuestas y signos encontrados en sentido afirmativo deben infundir fuertes presunciones, para proceder á buscar datos seguros de una estreches. La relacion que se ha creido encontrar entre el volúmen de la cabeza y la amplitud de la pélvis, no está bien determinada todavía, para que sirva de medio seguro para el conocimiento de las estrecheses.

Los datos seguros se obtienen solamente por la medicion de la pélvis que se practica esterior é interiormente.

La medicion esterior se practica con el *pelvímetro* ó compas de grueso (figura 11), que para la aplicacion de las olibas en que terminan sus brazos sobre los puntos precisos, ofrece dificultades que sola la práctica enseña á vencer. El diámetro ántero-posterior del estrecho superior se mide colocando una oliba en la parte superior de la sínfisis puviana, abriendo bastante los grandes labios, y la otra detras del sacro sobre su eminencia superior, abriendo ó cerrando el instrumento, segun convenga, viendo sobre la regla dividida, sin abrirlo ni cerrarlo, las pulgadas que señala y rebajando de esto tres pulgadas y media (8 centímetros) correspondientes al grueso de las carnes y de los huesos: los ántero-posteriores de la escavacion se obtienen por un método semejante: si hechos los rebajos, quedan menos de cuatro pulgadas tres cuartos, hay estreches; si pasa de seis pulgadas lo que queda, si las suberosidades sciáticas distan mas de lo ordinario, está muy abierto el arco puviano (*), está mas distan-

(*) En una pélvis bien conformada hay:
Del medio de una cresta iliaca á la tuberosidad sciática, á pulgadas 3 lineas (19 centímetros) correspondiendo la mitad á 18

te de una cresta iliaca ó de un cuadril la cresta del espinaso, que los del otro lado, todo lo cual se conoce con el compas, y hay dislocacion congénita de los muslos, es probable que el diámetro trasversal del estrecho superior está acortado. La comparacion de la distancia de las dos crestas iliacas y la de los cuadriles, entre una pélvis regular y la que se ecsamina no prestan datos ciertos. Segun el Sr. Nægele, en la estreches oblicua, las distancias del promontorio á las cavidades del hueso del muslo: de la eminencia superior de detras del sacro, á las espinas iliacas ántero-superiores: de la punta del sacro á las espinas iliacas, y de cada tuberosidad sciática á la espina iliaca póstero-superior del otro lado, son menores en el lado estrecho que en el otro: la que hay de la parte inferior de las sínfisis puviana á las espinas iliacas póstero-superiores es al contrario, mayor en el lado *anquilosado*, que en el opuesto; en el lado aplastado ve la cavidad del hueso del muslo para adelante, mientras la otra, para un lado, y el púvis está desviado para el lado sano, pudiéndose comprobar poniendo á la muger bien parada y haciendo que un hilo con su peso caiga del espinaso y otro de la sínfisis puviana, entónces se vé que uno no queda enfrente del otro perfectamente. La poca distancia de los brazos isquio-puvianos, de las tuberosidades sciáticas y de las espinas iliacas ántero-superiores da probabilidades del aplas-

---

gran pélvis y la mitad á la pequeña

Del medio de una cresta iliaca al mismo punto de la otra, 11 pulgadas 8 y media lineas (27 centimetros).

De una espina iliaca ántero-superior á la otra, 10 pulgadas 5 líneas (24 centimetros).

De una ántero-inferior á la otra, 9 pulgadas 4 lineas (21 y medio centimetros).

De la parte inferior de la sínfisis puviana á cada espina iliacá póstero-superior, 7 pulgadas 4 y media lineas (17 centimetros).

De la parte superior, de la sinfisis puviana á la eminencia superior de detras del sacro, 8 pulgadas 3 lineas (19 centimetros).

De esta eminencia á cada espina iliaca ántero-superior, 7 pulgadas 7 líneas (17 y medio centímetros).

De una de estas espinas a la póstero-superior del otro lado, 9 pulgadas 1 y media líneas (21 centimetros).

De una de estas espinas á la tuberosidad sciática del otro lado, 9 pulgadas 7 lineas (17 y medio centimetros).

tamiento de delante y de los lados para atras. Por último, la comparacion de todas las dimensiones de una pélvis que se ecsamina con las de otra regular, que damos en una nota, habiendo dado en la parte anatómica los de los diámetros y del arco puviano, darán á conocer una chica en todos sentidos. Los diámetros del estrecho inferior son muy fáciles de medir con el compas.

Las variaciones que hay en el grueso de los huesos de la pélvis, la ninguna desfiguracion que sufre al esterior este canal con un tumor que ecsista dentro, y la inecsactitud que traen otros motivos, no permiten al pelvímetro proporcionar los tamaños verdaderos de los diámetros pelvianos, como es necesario en el parto; por lo cual solo sirve para las consultas sobre impedimentos para el matrimonio; y para auxiliar al exámen que se debe hacer con la medicion interior, que dá medidas esactas, proporciona recorrer el sacro, tocar el cóccis, las tuberosidades y las espinas sciáticas, apreciar la forma de los tumores que pueden oponerse al paso del feto &c. Para esto no hay instrumento que pueda suplir al dedo que sabe sentir, solo ó acompañado en algunos casos con una barilla metálica; solamente que es necesario el hábito que enseña á corregir los errores en que se incurre. Basta en efecto, llevar el dedo hasta el promontorio que se reconoce por la salida que hace en el estrecho superior, fijar alli la punta, enderezarlo contra la sínfisis puviana, señalar con la uña de otro dedo el punto á que corresponde, medir esta estension en una regla dividida, rebajando 5 ó 6 líneas (9 ú 11 milímetros) en la de las pélvis grandes y 2 y medio ó 3 en la de las pequeñas, para tener el diámetro sacro-puviano del estrecho superior: llevarlo á los puntos de la línea media del sacro y cóccis, enderezarlo para el púvis y hacer todo lo demas, teniendo solamente cuidado de rebajar menos á proporcion que se toma mas inferior la medida, para conocer la medida de los ántero-posteriores de la escavacion y del estrecho inferior: colocarlo entre las tuberosidades sciáticas, ó llevar la punta á los puntos de un lado de la escavacion, el otro estremo contra la tuberosidad sciática del otro lado y de

la medida rebajar tanto mas, cuanto mas alta sea la que se indaga, para obtener los trasversos: conducirlo á la parte media de los ligamentos sacrociáticos y las sínfisis sacro-iliacas, enderezar el dedo contra la parte media del brazo izquio–puviano del otro lado, para obtener los oblicuos: el trasverso y los oblicuos del estrecho superior exigen mayor deduccion y solo se obtiene su tamaño aproximativamente; para estos se necesita acompañar al dedo con la barilla metálica, y por último, comparar las medidas obtenidas de un lado con las del otro y con las ántero-posteriores para tener todos los datos deseables. Para conocer el tamaño, forma y naturaleza de otras deformidades, como tumores huesosos ó de otra clase, que ecsisten en la escavacion ó vienen del vientre &c., no pueden establecerse reglas fijas y generales.

Indicaciones.—No corresponde á nuestro plan prevenir la formacion de las deformidades de la pélvis ni combatirlas; por esto estamos dispensados de ecsaminar la influencia que ejercen sobre los huesos la raquitis, la tuberculizacion, la sífilis y el reblandecimiento huesoso en las diferentes edades; cómo influyen en deformar la pélvis la desviacion de la columna espinal, las dislocaciones del muslo y las lesiones de los miembros inferiores y tantas otras cuestiones que toca profundizar al médico. Esto mismo manifiesta los conocimientos que son necesarios para ilustrar á los jueces en sus dudas médico–legales; por lo que consideramos no deber tocar aquí estas delicadas cuestiones.

Los parteros, para conducirse en sus resoluciones, dividen las estrecheses de la pélvis en tres clases: la 1.ª comprende aquellas en que aun quedan los diámetros que tienen que recorrer los antero-posteriores del feto, de 4 pulgadas 2 lineas (9 y medio centímetros); la 2.ª las que se reducen desde esta medida hasta 3 pulgadas (7 centímetros); y la 3.ª abraza las que todavía son menores; sin embargo de que no solamente debe pesarse en el ánimo las estrecheses de los diámetros pelvianos, para tomar el partido mas conveniente, sino tambien la presentacion del feto, el tamaño de su cabeza, la movilidad de sus huesos, la lacsitud de la sínfisis pelvianas, la fuerza de las contra-

ciones, y las condiciones que se cesaminan en todas las operaciones quirúrgicas, cuyas circunstancias influyen admirablemente en la marcha del trabajo.

Cuando la estreches está comprendida en la 1.ª clase, siendo enérgicas las contracciones y tratándose de una presentacion de vértice, se termina todavia el parto sin la intervencion del arte· debe pues aguardarse ocho ó diez horas despues de la rotura de la bolsa á que obren los esfuerzos naturales; pero si desde luego se trata de otra persentacion, ó son débiles los dolores, ó se presenta algun grave accidente para la madre ó el feto, ó si ha pasado el tiempo referido, corresponde al cirujano aplicar el foreps, ó practicar otra maniobra segun el caso.

Hasta 3 y ½ pulgadas es posible el parto natural, cuando las demas circunstancias son favorables; pero esto es raro, de modo que cuando la estreches corresponde á la 2.ª ó 3.ª clase, si se ha podido conocer durante el embarazo, es necesario para salvar á la madre y muy probablemente al feto, al cual se debe bautizar en los paises cristianos, hacer que un profesor provoque el parto prematuro, y si es época del parto, es preciso el Fóreeps, la sinfisotomía, la embriotomía y aun la operacion cesarea, segun obligue la situacion de la enferma, si no se quiere pasar por una rotura del útero con su cohorte de peligros, ó de la vagina, de la vegiga de la orina ó del recto, con sus gangrenas, inflamaciones y fístulas consecutivas, ó por la separacion forzada de las sínfisis, con sus inflamaciones, supuraciones inagotables, la claudicacion y aun imposibilidad de andar; y esto si la enferma ha salido con vida de cada peligro por que va pasando á cada momento; y mas si se atiende á la vida del feto y á la religion.

ARTICULO CUARTO.

En la vulva.

Rigides.

Es muy comun ver consumirse por mucho tiempo las contracciones uterinas contra el tabique del perinéo, que se siente rígido, tenso, caliente, seco y doloroso, debilitandose y aun cesando del todo: ó en lugar de ceder esta resistencia por grados, hacerlo bruscamente mediante una rotura, que algunas veces no se estiende á la horquilla,

y por el agujero que se forma entre esta parte y el ano sale ó no el feto.

Este obstáculo se presenta en las primerizas de edad avanzada, en las pletóricas, en las que estan gruesas, y se cree que en las que tienen muy levantado el púvis.

Se da blandura al perinéo con los baños tibios, vapores, lavatorios y unciones que hemos aconsejado para la rigides del cuello del útero. Es preciso mas que en los casos ordinarios, sostener el perinéo para que no se rote, y si se debilitan los dolores, será tal vez conveniente una sangria ó la extraccion del feto con el Fórceps.

Estreches.

La falta en totalidad ó en parte de la vagina trae necesariamente la soldadura de la vulva. Verificada la concepcion suele soldarse tambien por un accidente semejante al de las estrecheses de la vagina, y necesitarse una operacion para que se verifique el parto. La entrada de la vagina está algunas veces mas ó menos cerrada por la persistencia del Hymen, aun hasta no dejar mas abertura que la necesaria para la salida de la orina. Por fin, una cicatriz antigua ó las pequeñas dimensiones de una vulva, forman algunas veces una estreches. Estos obtáculos ceden por lo comun á las contracciones del útero; pero algunas veces es preciso una pequeña operacion.

Tumores.

Varios son los tumores que ecsisten algunas ocasiones en la vulva, como escrecencias, absesos, producciones cancerosas, quistes &c., que se oponen á la salida del feto, y que cuando son muy voluminosos ecsigen la intervencion de la cirugía. En el mismo caso estan el *Edema*, (hidropesía) y el *Trombus* de la vulva, sobre los que hablaremos, aunque sucintamente, por haberlo ofrecido así en el apéndice á la primera parte, en el artículo hemorragia uterina y en el de rotura de la vagina.

El Edema de los grandes labios, que hemos descrito en el apéndice á la primera parte puede producir un engruesamientos en ellos y una inestensibilidad tal, que impidan la salida natural del feto, ó se gangrenen por la fuerte compresion que sufren. Estos casos estremos, se previenen desde antes con escarificaciones, cuyo número, esten-

sion y lugar de aplicacion quedan al juicio del cirujano.

El Trombus de la vulva es uno de los accidentes graves que se presentan: tambien constituye un obtáculo para el parto, y por esto lo hemos dejado para este lugar. Consiste en una hemorragia producida por la rotura de las venas de la vulva y de la vagina, reteniéndose la sangre por la piel de los grandes labios ó rotándose tambien y dejándola salir al esterior. Se producen estas roturas en las numerosas y entrelazadas venas que hay en estas partes por un mecanismo semejante al de las almorranas, es decir, que no dejando la compresion del feto ú otro obstáculo de la circulacion subir con libertad á la sangre que contienen, al corazon, se hinchan, mientras resisten sus paredes. Sucede esto, aun en las mugeres no embarazadas, por una causa que produce el efecto de la compresion referida; pero como esta es la mas frecuente, lo es el accidente en las embarazadas y mas en los últimos meses: luego, un golpe en la vulva, una caida, un sacudimiento fuerte y sobre todo, en el parto, el avance de las nalgas ó la cabeza del feto, principalmente si permanece mucho en la escavacion, si es pequeña la vulva ó el estrecho inferior, ó voluminosa la parte del feto, rotan las venas pujantes de sangre y se produce el accidente. Esta última causa no lo hace aparecer hasta que saliendo el feto, deja de hacer la compresion que se oponia al derrame de la sangre.

Un dolor vivo en la vulva ó la vagina anuncia el accidente: luego se vén hincharse por momentos uno ó los dos grandes labios, formando un tumor mas ó menos voluminoso, he visto uno del tamaño de la cabeza de un infante; de color cárdeno ó natural, duro cuando la sangre no ha roto los tejidos en qne se derrama, ó blando y fluctuante en caso contrario: cuando se rota la piel, sale la sangre al esterior y no hay tumor ó es muy pequeño. Si el derrame es muy abundante vienen los síntomas graves de las hemorragias, como síncopes, debilitamiento del pulso, descoloramiento y enfriamiento de la piel &c., y aun la muerte, como en el caso citado arriba.

Se concibe qne verificándose este accidente antes del descendimiento de la cabeza ó la vulva, constituye un fuerte obstáculo para el parto, si no se agujera la piel, y por consecuencia sigue el derrame. Bajo todos aspectos es el Trombus de la vulva del dominio de la cirujía.

REGLAMENTO

PARA EL EJERCICIO DE LAS PARTERAS, ESPEDIDO EN CUMPLIMIENTO DEL ARTÍCULO TERCERO DE LA LEY DE 2 MARZO DE 1852.

Art. 1. ° Las parteras gozan de los derechos que corresponden á los demas profesores de las Ciencias Médicas. Ejercen libre y esclusivamente sus facultades y tienen derecho á los honorarios que les dá el arancel.

Art. 2. ° Están obligadas:

1. ° A prestar sus servicios á cualquiera parturiente por quien fueren solicitadas, sea la hora que fuere.

2. ° A hacer llamar á un profesor médico-cirujano en cada una de las circunstancias que lo indica la cartilla: debiendo hacerlo desde el momento que conforme á las instrucciones que les dá, reconoscan un obstáculo para el parto ó la imminencia de un accidente grave para la madre ó el feto: sin que para lo contrario les sirva de escusa el que la enferma se reusa, pues en tal caso, despues de advertir á los dolientes los peligros que la rodean, evitarán toda responsabilidad.

3. ° A hacer venir sin demora á un cirujano en los casos de muerte de una embarazada, para la pronta estraccion del feto. En caso de resistencia de los dolientes, darán aviso violento á una autoridad: bajo la pena de ser consideradas cómplices del delito que resulte.

4. ° A permanecer al lado de la paciente mientras llega el profesor que se haya solicitado, dado el caso, conduciéndose con la mayor circunspeccion conforme á los preceptos de la cartilla, en los casos que es peligrosa cualquiera demora.

5.° A evitar por todos los medios que se atente contra la vida de un hijo espureo.

6.° A atender de gracia á las parturientes verdaderamente pobres.

Art. 3.° Les esta prohibido:

1.° Curar otras enfermedades, bajo ningun pretesto, que no sean las que enseña la cartilla: y las que de estas esten en el grado de gravedad que requiere la asistencia del Médico-cirujano, segun allá se marca.

2.° Ministrar medicamentos enérgicos ó practicar operaciones quirúrgicas, sino se en el caso único de una hemorragia fulminante.

3.° Aplicar remedios de su invencion antes que los hayan presentado á la Facultad Médica para su aprobacion.

4.° Favorecer el aborto, aun cuando sea inminente, debiéndose conducir como para el caso ordena la cartilla.

5.° Dar informes á los jueces ó certificados á particulares sobres puntos de medicina-legal.

Art. 4.° Las penas á que estan sujetas las que infrinjen en alguna manera los dos artículos anteriores serán.

1.° Las que tienen impuestas los que ejercen la medicina sin título legal, en los casos que fueren aplicables.

2.° Multas de 3 á 20 pesos, suspension en su ejercicio de uno á seis meses y reclusion de 8 á 60 dias.

3.° Resarcimiento de los perjuicios causados.

Art. 5.° En caso de reincidencia, se agravarán las penas proporcionalmente, y si una partera fuere incorregible, se le retirará perpetuamente la facultad de ejercer la obstetricia.

Art. 6.° Las multas que se impongan por este reglamento ingresarán al fondo de beneficencia pública.

Art. 7.° Los jueces ordinarios conocerán en los negocios de esta clase; pero en los casos facultativos averiguarán los hechos bajo la direccion de dos facultativos ó de la Facultad Médica, á la que está encomendada la vigilancia en este ramo.

INDICE DE LAS MATERIAS.

PRIMERA PARTE.

SECCION PRIMERA.

SECCION SEGUNDA.

SECCION TERCERA.

APENDICE.

Accidentes de las embarazadas.

PARTE SEGUNDA.

SECCION PRIMERA

DEL PARTO NATURAL.

Título 1.°

Fenómenos del parto.

Título 2.°

Cuidados que deben ser prestados en el parto.

SECCION SEGUNDA

DEL PARTO ARTIFICIAL.

Título 1. °

De los accidentes del parto.

Título 2. °

De los obstáculos para el parto.


FIN DEL INDICE.

ESPLICACION DE LA LAMINA.

DIÁMETROS DEL ESTRECHO SUPERIOR DE LA PELVIS.

a b Diámetro ántero-posterior ó sacro-pubiano.—*e f* Diámetro transverso.—*c g* Diámetro oblicuo.—*a c* Diámetro sacro-cotiloidiano.

DIAMETROS DEL ESTRECHO PERINEAL.

a b Diámetro ántero-posterior ó cocci-pubiano.—*c d* Diámetro transverso.—*e f* Diámetro oblicuo.

FIGURA 3ª

a b Plano del estrecho superior ó abdominal.—*c* Punto de interseccion de diversos planos.—*e f* Eje del estrecho superior ó abdominal.—*g k* Eje del estrecho inferior ó perineal.—*n n* Plano horizontal.

p c, *q c*, *r c*, *s c*, *t c* } Planos tirados de la cara anterior del sacro hasta el punto de interseccion *c* en que todos se tocan, cortando antes el canal ó escavacion pelviana.

FIGURA 4ª

A, Monte de venus.—B Grandes lábios.—C Clitoris.—D. Pequeño lábio.—E Meato urinario.—F Himen.—G Avertura de la vagina.—H Comisura posterior de la vulva.—I Perineo.—K Ano.

FIGURA 5ª

A, Utero visto por su cara anterior.—B Cuello del útero en su porcion vaginal.—C C Trompa.—D Pabellon de la trompa.—E E Ovario.—F Ligamento del ovario.—G G Ligamentos redondos.—H Canal de la vagina.

FIGURA 6ª

A, Borde superior ó fondo de la matriz.—B Cavidad de la matriz.—C Cavidad del cuello de la matriz.—D D Canal

de la trompa.—E E Pabellon de la trompa abierto por su cara anterior.—F F Ovario, quitada su parte anterior, y en cuyo ecntro se ven muehas vesiculas de Graaf.—G Cavidad de la vagina.

FIGURA 7ª

A, Huevo.—G Cúmulo granuloso.—G' Membrana granulosa.—K Cavidad de la vesieula de Graaf.—M Superficie mueosa.—V Red vaseular.—F Capa fibrosa.—P Capa peritoneal.

FIGURA 8ª

A Cavidad del cuello.—B B Orificios de las trompas.—C Membrana caduca parietal.—D Cavidad de la caduea.—E E Caduca refleja.—F Corion.—G Amnios.

FIGURA 9ª

Como se ve no es mas que una compresa agugercada y hendida.

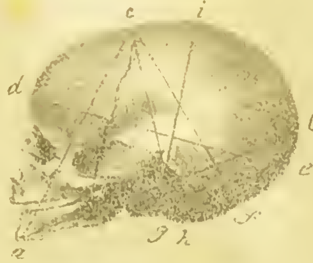
FIGURA 10ª

a b Diámetro oecipito-mentoniano.—*d e* Diámetro occipito-frontal.—*c f* Diámetro sub-oecipito-bregmátieo.—*i g* Diámetro tráquelo-bregmátieo.—*c h* Diámetro eérvieo-bregmático.—*c a* Diámetro fronto-mentoniano.—*a b* Diámetro bi-parietal.—*c d* Diámetro bi-temporal.

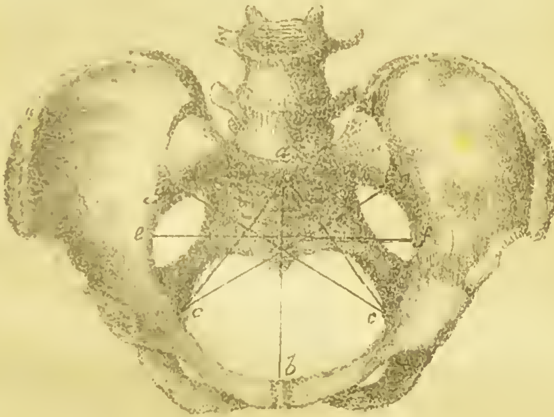
FIGURA 11ª

Como se ve, representa el pelvímetro de Baudeloeque, aplicado uno de los estremos de sus piernas á la parte superior de la sinfisis pubiana, y correspondiendo el otro á la apófisis espinosa de la primera vértebra del sacro.

Fig. 10.









m



C
D
E
F
G
H

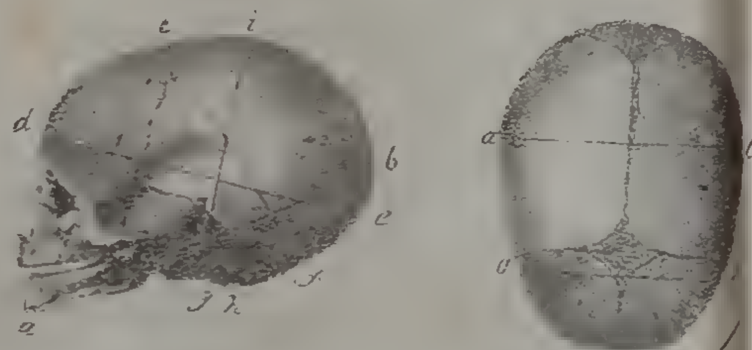
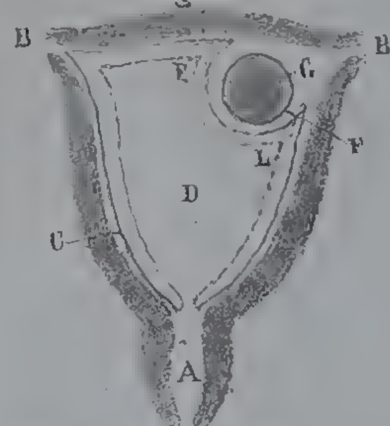
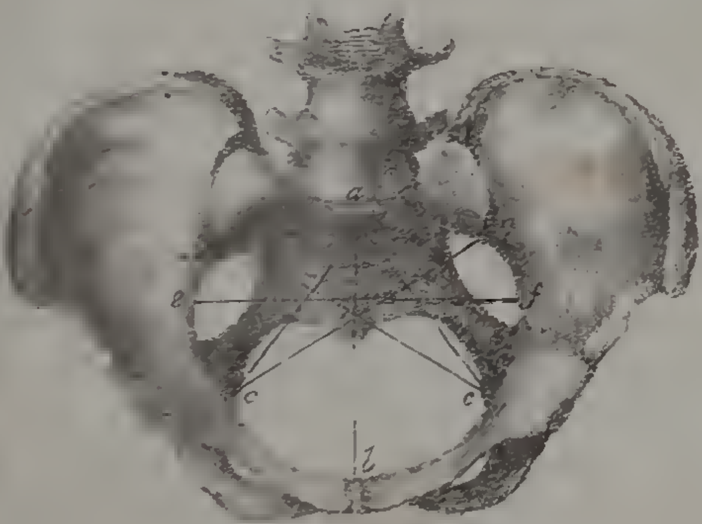

Fig. 10.


Fig. 7.a


Fig. [illegible].a



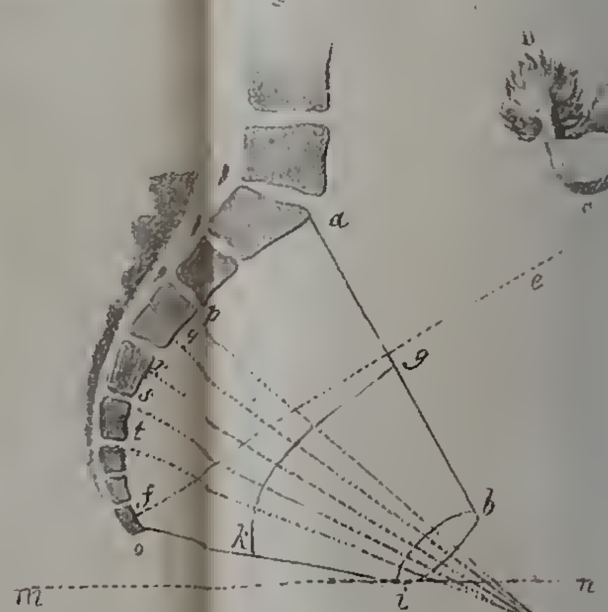
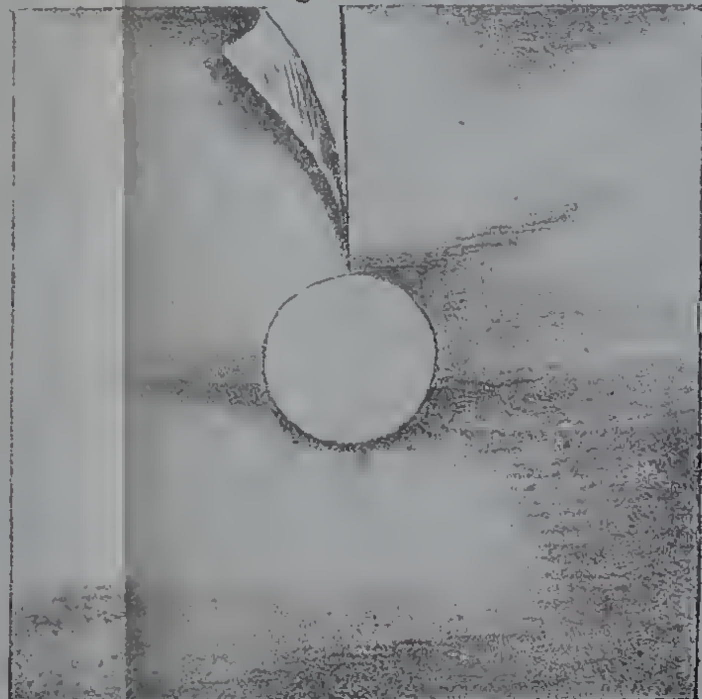
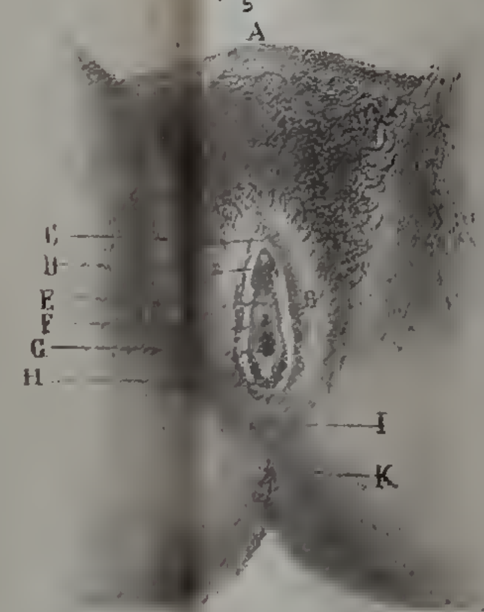

Fig. 3.a


Fig. 5.a


Fig. 9.a




Fig. 4.a

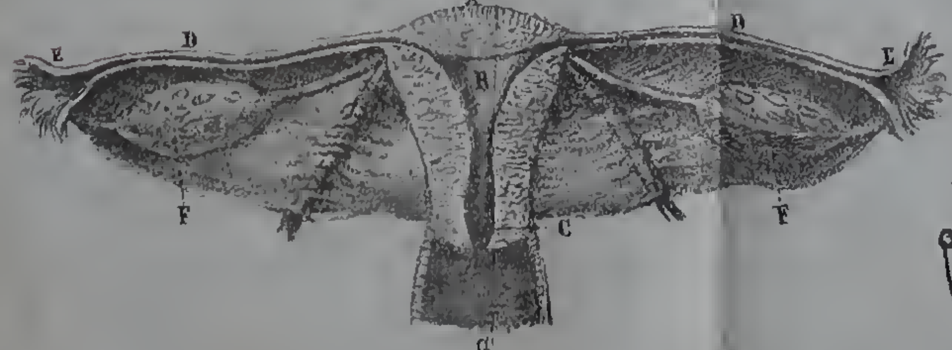

Fig. 6.a


Fig. 11.a

